

第4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31年3月28日(木)

10:30~

場所 経済産業省別館2階238室

○江藤推進係長 定刻になりましたので、ただ今より「第4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」を開催致します。構成員の皆様におかれましては、お忙しい中をお集まり頂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、本日皆様御参加頂いております。また、本日は参考人として、日本口腔衛生学会の森田理事長にお越し頂いておりますので御紹介致します。日本口腔衛生学会の森田理事長でございます。

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致します。お手元に議事次第、委員名簿、座席表の他、資料、参考人提出資料、参考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頂ければと思います。

それでは以降の進行につきましては、三浦座長、お願い致します。

○三浦座長 皆様方、年度末のお忙しい中をお集まり頂きましてありがとうございます。本ワーキンググループ、これまで議論を重ねてまいりまして、今回が最終回ということでございます。先ほど御案内がありましたけれども、森田先生に参考人として来て頂いて大変有り難く思っております。どうぞよろしくお願い致します。

時間の関係もでございますので議事に移らせて頂きます。本日は事務局にこれまでの議論を整理して頂き、報告書(案)として机上に配布しておりますが、成人期・高齢期の内容を中心に更に充実させるため、先ほど御紹介があった日本口腔衛生学会の森田理事長にお越しを頂き御説明をお願いをしております。

今日の議事の進め方ですが、まずは森田理事長から御説明を頂きまして、成人期・高齢期を対象としたう蝕対策の議論を深め、その上で報告書(案)の中身について議論を進めてまいりたいと考えております。それでは森田理事長、よろしくお願い致します。

○森田参考人 日本口腔衛生学会の立場と言っているのか、私個人の立場になるのかも分かりませんが、成人期・高齢期ということで、少し私の考えをレジユメの「う蝕対策で必要な視点」があると思いますが、それをもって説明したいと思っております。

日本口腔衛生学会としてはというか、一応ベースはパブリックヘルスが基本になろうかと思っていつも考えております。公衆衛生レベルと書いておりますが、上手な表現ができないのですが、要は診療室で待っていても、う蝕予防はできないよ、かどうかも分からないよというぐらいですね。

それと、やはり全ての疾病とか、保健対策というのは全てそうなのですが、いろいろなライフステージに応じた、また継続性のある切れ目のない対策というのはこの二つがどうしても要るのかなと思っております。例えばライフステージと書いたのですが、中高生、今日はいわゆるう蝕予防ということなので、我々も学校保健会とか行くのですがいつも歯肉炎とかどうのこうのと言われます。どうもやはり虫歯が減ったということ、これは相田先生もよく言ってくれるのですが、虫歯が減ったということを使い過ぎたのではないかと、それで視点が他の方に行ってしまったのかなと思っております。結局、そのまま大きくなってしまおうということかなと思っております。

あと大学、専門学校、これは私の知っている限りでは国立大学で学校歯科医があるのは、今、国立大学が何校あるのか分かりませんが3つか4つぐらいではないか。東海大と、東北大学はあるのですかね、ちょっと覚えていないですね。九大はありますね。とにかく本当に少しです。ですから、高校を卒業したら全く保健、healthの情報を得るとというのが大学生はほとんどないのです。そこら辺を少し実際に、高校を出た後の若者がどのようになっているのかというのが、データさえないということもあろうかなと思います。

今度は職場・地域なのですが、やはり職場は特に健康経営が叫ばれていますので、これをやはり抜きにしては語れないのかなと思います。職場はもちろん歯科疾患が一番医療費の掛かるトップですので、その辺を職場というか、経営者の方にも是非理解してもらわないといけないのかなと思うし、健康都市と岡山市も一応言っていますけれども、言葉だけが先走りしている感もあります。そこら辺、少し歯科医療関係者が是非積極的に関わっていく部分ではないかと思います。

その時、職域・地域になりますと効果的な歯科保健システムが要るだろうし、歯周病検診システムも言われているのですが、あれはとても痛いし、痛いしというのはおかしいですね。ポケットなんか測ったら誰も受けたがらない、痛くて。血が出ます、出血します。しかも、すごく時間を割かれるということで、余りう蝕の方に目が向く時間がないと言ったらいいのでしょうか。結局歯周病を見ろ、見ろといって、それに時間が掛かってう蝕の方がちょっと、適当にと言ったら怒られますけれども、なってしまう。それと、実際に健診する人もだんだん減ってくるという、少し考えなくてはいけない部分があろうかなと思います。

それと、職場の健診で「虫歯があると言われた」と開業医に言ったら「ないよ」「放っておいたらいいよ」とかその逆とか、上手に健診するのだったらその後の地域の歯科医師の先生との連携がないと、特に問題と言ったらおかしいけれども、お互い不信感になってしまいますので、そういう部分の情報共有というか、健診はこんなものだと、特に保健指導を重要視したものとか、そういう部分を地域の歯科医師の先生にも分かってもらう必要があるのではないかと思います。

あとは正しい情報提供と書いています。これは例ですが、多くの人が虫歯の治療をしたらもうそれで終わってしまう。もう二度とそこは虫歯にならないと思っている人もいるのではないか。それから、禁煙する人でよくあるのが太って、何かと思ったらほとんど甘いものに走ってしまったということですね。それからスポーツジムで汗をかいても、熱中症対策で水分を摂ろうと言っても、摂るものはほとんどスポーツ飲料ということで、やはり酸蝕歯も含めてう蝕、二次う蝕、根面う蝕を増加させると思います。

例えば、くだらない話ですが、歯磨き後のうがいは1回と我々学生には教えていますが、例えばどれだけそこら辺が皆さんに情報提供されているのかといたら、歯医者さんも知らないということですね。そこら辺、我々の力不足と言えればそれまでなのですがそういうことがあります。これは飽くまでも一例です。これが公衆衛生対策として私の思っていることです。

診療室は、これは開業医の先生とよく言うのですが、虫歯は治療するのだけれどもリスクまでは治療しないよと、治していないよと。幾ら治療してもリスクが同じだったら、また再

発を繰り返すだけなので、リスク軽減までした治療というか、対応ができていいのかどうか。

もうう蝕の発症は昔のようなミュータンスレンサ球菌と乳酸桿菌の砂糖ではないですから。特に大人の虫歯を中心に、多種多様の細菌が多種多様の発酵性糖質でう蝕というもの、子どものう蝕も含めてそうだろうと思います。そういう時代になったので、いつまでたってもミュータンスレンサ球菌だけで、砂糖とレンサ球菌だけでストーリーを作るというのは学問的にもものすごく厳しいと思います。

今、PMTG で特に定期的に来院される患者さんが多いので、せめてその後はこういう細かいところのう蝕を見る努力をしてほしいなと思います。結構本気で見ないと、PMTG の後でないと隣接のう蝕とか、ほとんど分かりません。そういうものを含めた定期患者とっております。

あと二つは、私が今日の会議に少し関係するかなと思って持ってきたものです。最初の表は「未処置歯あり」と関連した因子ということで、これはそれこそ東京歯科の上條先生のグループがされた調査です。勤労者の人にインターネット調査をして、「未処置歯あり」にどんな因子が関連するかということで、例えば年齢・収入は関係ないが大卒は関係ある、0.55 ですから大卒の方が虫歯の未処置歯を持ちにくいと言うのでしょうか、そうなるのだろうと思いますが、どうも時間外労働時間も関係しているようである。あと、職場の友人関係とかも関係しているようであるとか、職場で働く環境にも結構う蝕治療に行かないという部分があるというのがデータで分かっております。

右に書いています治療しない理由、これも情報提供なのかも分かりません、情報提供不足なのかも分かりません。まず「痛くないからいいだろう」、もちろん歯髄がなくなったら痛いだろうはずがない。

それから「虫歯なんて大した問題ではない」と考えている、「仕事が忙しい」「開院時間帯には行けない」、この辺が多い順ということになっております。働き方改革等、この後どうなるのかももちろん私は分かりませんが、それこそそういう部分の意識の変わり方を期待したいものだなと思っております。

最後のグラフは札幌市の歯科医院で、それこそ私とここにおられる相田先生などと一緒にやった調査です。要は 10 年で半分ぐらいがやり直しになっております。生存曲線ですから駄目になっている、特にブリッジなど悪い。“bridge”の“e”が抜けていますね、ブリッジが悪い。要はこういう部分を患者さんにも本当は知ってもらいたいだろうし、歯科医院もそうなんだよというつもりで、今後の定期管理という視点でも見てほしいなと思います。

やり直しの一番多いのは二次う蝕です、この論文でも書いているのですが、二次う蝕でございます。そのように、一度治療しても 10 年で 4 割ぐらいは二次う蝕を中心にまた治療を繰り返す、若しくは治療をしないということが起こっているということだろうと思っております。

まとめますけれども、基本的には日本口腔衛生学会としては、歯科医師が診療室で患者を待っているだけでは効果的なう蝕予防ができないのではないかと。効果的なう蝕予防はできない、もっともっと積極的に社会に出る。岡山市の例で言えば、例えば学校でいろいろな健康のイベントをするのですが、学校医と学校薬剤師は必ず来ます。学校歯科医は全く来ません。

そういうことで、学校医そのものにも興味がない先生が学校歯科医になっているのだったら、これまたかわいそうだな、子どもたちがかわいそうだなと思いますので、歯科医師そのものの意識改革が大学教育も含めやっていくのが大事なのではないかと考えております。好き勝手なことを申しましたが以上です。

○三浦座長 御説明頂きましてありがとうございました。それでは、今の御説明について、折角の機会でございますので御質問がありましたら受けたいと思います。いかがでございますでしょうか。歯科医師が自ら外へ出ていく重要性ということと、既にできてしまったう蝕に対しては、診療室での治療を着目点として、リスクの軽減対策が必要というような御発言もあったかと思えます。この辺りはかかりつけ歯科医の提供するサポートがかなり大きく影響するところだと思います。高野先生、このあたりいかがでしょうか。

○高野委員 日本歯科医師会もかかりつけ歯科医ということでお話をさせて頂いておりますが、ステージに応じた継続的管理や重症化予防のための適切な歯科医療の提供及び保健指導をするということです。全身の健康の維持・増進に寄与すること、その中で具体的な例を挙げている中に、例えば歯科健診は住民対象の講演会などの公衆衛生活動をするということをも明記されているのですが、なかなかそこまでは至っていない。先ほど、森田理事長からお話があったようにそれが現実ではないかと思えます。そういう意味では、かかりつけ歯科医としての働きをもう少し周知徹底していかなければいけないかと思いました。

○三浦座長 分かりました、ありがとうございました。他に何かございますでしょうか。

○小坂委員 公衆衛生のところ、大学、専門学校の歯科健診ということでやはりその辺でデータがないということです。いろんな大学においては、専門学校とか高専とか、高校など、そういう所の健診をやっているところは多いのではないかとと思うのですが、その辺について何かまとまった情報というのはございませんか。

○三浦座長 その点、いかがでしょうか。

○森田参考人 上手に表現できないのですが、やりっ放しでデータにすらまとまっていないのではないかと多いのではないかなと。

○小坂委員 いや、もったいないですね。多分、この年代だと患者調査で、年齢を5歳刻みか何かで、把握ができるのかなと思うのですが、それは受診した人だけです。そうすると、各大学がやっている健診のデータが集約され、使えるようなものにするこも、将来的に考えた方がいいのかなと思いました。

○森田参考人 健診の持っている意味が、虫歯のチェックをしたらおしまいという所も多いだろうし、その後のフォローアップをどこまで事後措置ができてるか、そういう質的な違いもあったり、それをデータとしてまとめるつもりでやっているかどうか。経年的な変化を追うような、そこまで考えてやっていっしょるかどうかなというのが、大分差があって。分かりませんが、それでもあるのではないかと、ちょっと勝手な意見です。

○三浦座長 ありがとうございました。

○高野委員 関連で、大学や専門学校等で歯科健診した時、学生全部を義務ではなく任意の、希望者という形でやるとなると、どのような場合でもあることですが、行政でやる歯科健診でもそうですけれど、状態が悪い人は歯科健診をパスしますので。そういう意味で状態がい

い人しか来ないということで、余りそういうところの健診のデータは十分ではない、実態を把握するには十分ではないという状況です。

○森田参考人 自分の大学のことしか知らないのですが、うちとしては全員します。2,600人が毎年歯科健診を受けて、早めにチェックして、早めに近くの開業歯科医等に、となったら大病院に行きましょうとそんなものも含めて。それは、こんな言い方をしたらまた怒られてしまいますが、結構高校生は、卒業したときはみんな真面目です。ほぼ全員、歯科健診もありますよと言ったら必ず来てくださいます。ただ、卒業時にやるよといったら3割ぐらい、その辺が少し次の課題になっています。

○三浦座長 ありがとうございます。大学生への歯科健診の在り方というのは、大変重要なポイントかと思えます。歯学部を有しているところでも、う蝕予防の視点から歯科健診を兼ねてやっているところはごく限られた学校しかないという情報提供も頂いたので、スタートラインこそ歯学部を有している所から始め、データを捕捉するような取組というのはやれるのではないかと思うところです。このあたり、すぐに制度化できなくても、今後、やはり積み重ねて考えていくべきものではないかと思えます。森田先生、どうもありがとうございました。

他に質問がないようでしたら、そろそろ報告書本体の議論に移りたいと思います。お手元に資料が配布されているかと思えます。議論の段取りと致しまして、まず事務局案の全体説明を行ったあと、パートごとに区切って、先生方からの意見を伺うような形で進めてまいります。

なお、こちらからのお願いなのですが、御意見を頂く際にはここまで案としてまとまっておりますので、より具体的な御意見を頂きたいと思えます。総論的に、漠としたものと、なかなか報告書(案)に反映ができないので、少し念頭に置いて頂ければ幸いです。それでは、事務局から報告書(案)の御説明をお願い致します。

○青木歯科口腔保健専門官 事務局です。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報告書(案)の資料を御用意ください。表紙の裏が目次となっております。「はじめに」から「全てのライフステージに共通したう蝕対策」を始め、各項目について構成をさせて頂いております。

まず1ページ目、「はじめに」では、これまでの口腔保健の推進に関する基本的事項の中間評価等の背景について少し触れさせて頂いております。それぞれかい摘まんで御説明させて頂きたいと思えます。まず1ページ目の3行目、昨年、平成30年9月に「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」の中間評価の報告書がまとめられております。この報告書の中におきましても、「う蝕に関しては乳幼児期及び学齢期の状況は改善傾向にあるが、いずれのライフステージにおいて、依然としてう蝕有病率は高い」と書かれております。「地域間であるとか社会経済的な要因等による健康格差の縮小に向け、エビデンスに基づく効果的な取組を推進すること」というような御提言を頂いているところです。今回のワーキンググループでは、その報告書に基づいて先生方に御議論頂いたということです。

14行目です。今回の報告や中間報告書で示された他の課題、歯周病や口腔機能に関するものなどの御指摘も頂いておりますので、他の課題に関する今後の検討状況等も踏まえ、我

が国の歯科口腔保健を更に推進するため、必要な対策が進められることを期待したいということで、「はじめに」を記載しております。

以降の内容ですが、それぞれのパートにつきましては、御議論頂いた内容の内、現状や背景、課題等と、それについてどのような対策をしていくのかということで、まとめております。本日のお時間の関係もございますので、現状や背景等の部分は少し割愛をさせて頂き、どのような方向性を今後、対応していかなければいけないのかということについて、簡単にかい摘まんで説明したいと思っております。

まず1ページ目、I、「全てのライフステージに共通したう蝕対策」の箇所です。少し飛びまして35行目を御覧ください。う蝕の予防・重症化予防につきましては、各自治体を中心に乳幼児期・学齢期を主に対象とする様々な取組が今も実施されているところです。

2ページです。フッ化物の応用やシーラントの活用等複数の予防策を組み合わせることにより効果を挙げている自治体もあるという御説明を頂いたところです。また5行目ですが、成人期・高齢期におけるポピュレーションアプローチを進め、生涯を通じたう蝕予防・重症化予防を進めることが重要ということなどをこれまで御議論頂いたところです。

そういった背景もあり、11行目、各自治体が行っている取組内容であるとか実施体制、効果等の情報を収集し、特に効果的・効率的な取組については他の自治体に展開していくということも考えるべきだろう。14行目です。そのためには、実効性のあるモデルとして示していくことが必要ではないかということでもまとめております。

また16行目以降ですが、フッ化物の応用につきまして、まずは歯科口腔を取り巻く状況が様々変わってきており、平成15年に出しております「フッ化物洗口ガイドラインについて」の見直しを検討するべきであるということをもまとめております。また22行目、先ほどの森田理事長の御説明の中にもございましたし、これまでの議論の中にもございましたが、う蝕は適切にコントロールすることにより発症を予防し、進行を抑制することが可能だということで、歯科医療機関による初期う蝕への対応の他、二次う蝕の発症予防のための管理指導が求められている。そういったことを早期に実施するために、歯科健診の充実を検討し、必要な場合には、かかりつけ歯科医等へ円滑につなげる体制や保健指導等を検討すべきという内容で、Iをまとめさせて頂いております。

続きまして3ページII、ここからはライフステージごとのう蝕対策です。まずは1.乳幼児期・学齢期のう蝕対策についてまとめております。枠の囲みの中は、中間評価報告書の抜粋ですので説明は省略いたします。

24行目です。思春期以降は、ライフスタイルが多様化し、保健対策を行う上でも対応が難しくなる時期であり、学校検診後の歯科医療機関の受診率の低さが指摘されている。

4ページ、そういった背景もあるということで、乳幼児期・学齢期のう蝕対策については、科学的根拠に基づいたう蝕予防対策を普及することにより、歯科口腔保健に係る健康格差の縮小が期待されているということで、思春期以降の歯科保健対策についても、各自治体が行っている取組等を収集し、効果的・効率的な取組をモデル化して、他の自治体へ展開をしていくということも考えていくべきだろうということでもまとめさせて頂きました。

次に2.成人期・高齢期のう蝕対策です。5ページ3行目、成人期・高齢期のう蝕対策につ

いては、根面う蝕の罹患状況等を含めた実態を把握した上で、必要な対策を検討することが不可欠ということで、今後の歯科疾患実態調査等の調査項目の検討を行う際には根面う蝕といった成人期・高齢期における歯科疾患の特性も考慮して検討すべきということ。また、成人期・高齢期は、未処置のう蝕が多く存在していることも課題であり、歯科医療機関によるう蝕の治療や初期う蝕への対応、二次う蝕の発症予防のための管理指導等が必要である。そのために、先ほども記載させて頂きましたが、11行目、歯科健診の充実を検討し、必要な場合にはかかりつけ歯科医等による歯科医療へ円滑につなげる体制や保健指導を検討すべきであるというようにまとめさせて頂きました

次にⅢ、定期的な歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者のう蝕対策です。6ページ13行目、まず障害者等です。口腔内の状態であるとか歯科保健サービスの提供状況の把握がまだ十分にできていないこともありますので、こういった提供状況等の把握をした上で、その結果を踏まえた対策の検討を行う必要があるということ。

また、要介護高齢者に対する歯科保健医療につきましては、18行目です、今、介護報酬等によって一定程度対応されているところですが、現在、全ての施設においてこういった介護保険サービスが提供されているという状況ではありません。そういったサービスの今後の更なる検討が不可欠であるとまとめさせて頂いております。

22行目、障害者等と要介護高齢者の歯科保健医療の両方を総括する形で記載をしています。いずれの方に対してもセルフケアとプロフェッショナルケアが重要だということで、日常的な口腔ケアを担う保護者や介助職員に対する基本的な口腔ケアの方法であるとか、効果等に関する研修を実施することも必要だということ。また、歯科治療が必要な場合には円滑に歯科医療機関につなぐ体制整備等を行う必要があるということ。27行目、そういった研修がより実践的かつ効果的になるように、障害の程度であるとか全身状態の程度等に応じて必要となる具体的な方法や歯科保健指導等の内容について、学術団体や歯科医療関係団体等の関係者とも連携して整理をしていくことが重要であるとまとめています。

7ページ、Ⅳ、う蝕対策に係る社会環境の整備です。8ページ、7行目、「都道府県及び市町村における歯科保健業務指針」ですが、こちらについては平成9年に策定してから20年以上経過しています。歯科保健医療、歯科口腔保健を取り巻く状況が大きく変化をしており、新たな課題に対応するという必要がありますので、本歯科保健業務の指針の見直しを検討すべきであるということ、併せて、事業を実施する自治体等を支援するため、各種ガイドラインやマニュアル等の整備、行政に対する歯科保健機能施策の企画立案等に関する研修を実施、そういった技術的支援が必要だろうということ。更に財政的な支援も含め、各地域において必要な歯科保健施策が実施できるよう支援を行っていくことが必要であるとまとめています。

次にⅤ、歯科保健医療の実態把握・分析等です。9ページ1行目、現在、他の検討会などでデータヘルスの検討が進められているところです。例えば乳幼児期・学齢期の歯科保健データの連結、一元化、経年的に分析する方法を検討していくことも考えていく必要があるのではないかと。また、今後、各種実態把握を実施する場合の調査項目や分析項目については、こういったデータヘルスの視点も踏まえて検討していく必要があるのではないかと。また、各



自治体における実態把握とその結果に基づいた対策を推進するという一方で、先ほど触れさせて頂きましたが「都道府県及び市町村における歯科保健業務指針」の必要な見直しを検討すべきことでまとめています。

次にⅥ、う蝕対策に係る次期目標等です。16行目、取組を直接評価するアウトプット指標を併合し、プロセスと成果の両面からよりきめ細かく評価すべきであるということで、各ライフステージ等における指標について様々な御意見を頂いたところです。こういった御意見も踏まえつつ、今後の指標を検討していくことが必要ということで、具体的にこういった御意見があったかについては以下の項目となります。

まず、乳幼児期・学齢期のう蝕対策に係る指標につきましては、健康格差の縮小を図るために例えば、多数歯う蝕の子どもをゼロにするといった目標があるのではないかと。また、成人期以降においては、歯の喪失の要因の一つである根面う蝕の罹患状況に係る指標が必要ではないかと。成人期・高齢期の歯科口腔保健に係る指標については、少し飛びますが、できるだけ多くの健全歯を維持することが重要で、こういったことにも着目した指標も検討し得るということ。

障害者等や要介護高齢者に対する歯科保健医療に係る指標としては、歯科健診等の歯科保健医療サービスへのアクセス状況等を指標にするということもあるのではないかと。アウトプット指標の例としては、歯科健診後の歯科医療機関受診状況や、フッ化物応用の普及に関する取組後のフッ化物洗口の実施状況やフッ化物歯磨剤の認知度・使用状況等の指標が考えられるのではないかと。

10ページ、2行目、QALYについて、その実効性を検証した上で、QALYの把握であるとか、達成方法も検討すべきではないかと。こういった御意見を頂いているところです。

「さいごに」になりますけれども、歯科疾患の予防・重症化予防、健康格差の縮小には各ライフステージに対応した、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを適切に組み合わせていくことが不可欠であり、その際、セルフケアを実施する住民自身とプロフェッショナルケアを担うかかりつけ歯科医等を支援していくことが重要である。そのためには、そういった両者を支える、歯科医師会等の関係団体、学術団体、行政等がそれぞれ連携を密にし、各地域における歯科保健施策に取り組んでいくことが重要であるということ。

今回の検討会の中では具体的な議論の対象にはなっておりませんが、自然と健康になれる社会づくりの中で、思春期以降の学生、成人期以降の住民等に対して、効果的な歯科疾患の予防・重症化予防に取り組んでいくことも重要になるだろうということ。そして、今後、そういった動向も把握をしつつ、必要な検討及び事業等の展開がされることを期待したいということで、報告書をまとめております。報告書の内容につきましては以上です。

簡単に参考資料についても触れさせて頂きたいと思いますが、上に青い帯で「口腔保健に関する予防強化推進モデル事業」とある資料です。こちらは来年度から厚生労働省で実施を予定している新規事業です。内容としては、一番上にありますようにすべての国民の口腔の健康の維持・向上の観点ということで、しっかり一次予防等の強化・推進をしていこうということです。具体的には、先ほど少し触れさせて頂いたように、一次予防を強化するようなモデル事業を推進していきたいというように考えております。

右下のピンクの枠の中を御覧ください。それぞれのコミュニティで抱えている歯科の課題について、いろいろあると思いますけれども、エビデンスレベルの高いポピュレーションアプローチをモデル化して実施し、健康格差の縮小及び健康増進を目指すということでやっていきたいと思っています。モデルの内容としてはう蝕対策、歯周病対策、口腔機能低下等対策、いろいろあると思います。う蝕対策についてももしっかりやっていきたいと思ひますし、今回の事業の展開に当たりますは、今回先生方におまとめいただくう蝕対策ワーキンググループ報告書の内容も踏まえ対応していきたいと考えております。事務局からは以上です。○三浦座長 事務局からは報告書(案)を、そして次年度に予定されている関連する事業についての御説明でした。それでは先ほど申し上げたとおり、パートごとに区切って先生方から御意見を頂きたいと思ひます。非常に多くのパートが入っておりますが、各々のところで10分程度議論の時間を持ちたいと思ひます。本当はもう少し時間をほしい部分もありますが、ずっとやっていると2時間では終わらないと思ひますので、その点は御容赦いただきたいと思ひます。

まず、総論的なところとして、1ページの「はじめに」の章、その次の「全てのライフステージに共通したう蝕対策」の部分について、御意見を頂きたいと思ひます。主として総論的な部分の御意見を頂ければと思ひます。よろしくお願ひいたします。総論的なところには健康格差の事柄が多くあるのですが、相田先生にはこれまでの議論の中でも多くの意見を頂いてきたところなので、まず口火を切ってコメントを頂ければと思ひます。

○相田委員 健康格差の中で虫歯というのは鉱山のカナリアであるという論文を、去年イギリスなどの先生と共著で書かせていただきました。虫歯というのは有病率が高いから、非常に健康格差なども大きく出るわけです。それで、鉱山での毒ガスの発生をカナリアが鳴くので分かり、それを頼りに人が逃げる、というのがありますが、そのぐらい虫歯は早く健康格差などが分かります。そして、虫歯の格差があると大体ほかの病気も同様の格差が発生してきます。そういう意味で、有病率が高い、そして小さな頃から非常に多くなってくるというのが虫歯の特徴で、それゆえに鉱山のカナリアになるのです。

「はじめに」や、最初のIの所を見せていただくと、非常に虫歯が多いことなどを書いていただいているのですが、もう少し歯科職種でない人にも分かりやすく書けないのかなと思ひました。例えば歯科疾患実態調査の結果から、4,000万人弱の未処置う蝕を持っているような人がいますが、そういったようなことが伝わるような文面があってもいいのかなと思ひました。

というのも、会議などに出ますと、学校の先生に「もう虫歯は減ったからいいでしょう」と言われることがあります。虫歯はほかの病気よりも多いと伝えてはいるのですが、固定概念で減ったというのが強いです。ですからその辺りについて、初めて見た他職種の人が分かりやすいような書きぶりがいいかなと思ひました。

○三浦座長 国民に対して、分かりやすく正しい情報を発信するための書きぶり変更をしたらいいのではないかとということで、具体的な数字も入れたものを提示すると、より正しく状況が伝わるのではないかとこの提案でした。この辺りは、先ほど森田先生から頂いたプレゼンテーションとも共通するところがあるのではないかとと思ひます。では、具体的な数字も入

れて、より国民の皆様に分かりやすいような形に書きぶりを修正する方向でいきたいと思いを。そのほか、何かお気づきの点はございますでしょうか。

○眞木委員 今の議論点は2ページまでの部分でいいのですよね。

○三浦座長 はい。

○眞木委員 まず、1ページの所で、健康格差、ハイリスクアプローチだけではなくポピュレーションアプローチを積極的にというところは当然評価したいと思いを。

1ページの33行目から、フッ化物の応用、具体的な予防の手段が出てきます。この中に、(フッ化物洗口、フッ化物塗布等)とあるのですが、今、日本でフッ化物を応用できるのは3つしかないの、この「等」は取って、「フッ化物洗口、フッ化物歯面塗布、フッ化物配合歯磨剤」と具体的に書いていただければと思いを。

それから、2ページ目についてです。議論にも随分出てきましたが、フロリデーションの問題、フッ化物の全身応用の問題等を書いていただいている、画期的な文章かなと評価したいと思いを。

その下の19行目の「フッ化物洗口ガイドラインについての見直しを検討すべき」という所なのですが、これ自体は全く問題ないのですが、これから発展してフッ化物応用全体のガイドラインの作成ぐらいまでいっていただければというように思ったところ。以上です。

○三浦座長 頂いた意見の最初のところで、1ページ目の33行目は、フッ化物応用は実際に配合歯磨剤の役割というのは非常に大きいので、ここは明記するというような形で修文していきたいと思いを。

2ページ目のところですが、19行目のフッ化物洗口ガイドラインです。ここはもう少し広がりを持たせて、フッ化物全体、応用全体というような形でのガイドラインの展開はどうかという御提案でした。

○宮原歯科口腔保健推進室長 歯科口腔保健推進室の宮原です。まず、フッ化物洗口ガイドライン自体は見直し、そのターゲットを明確にするということでこういう表現を、今回の案としては入れさせていただいております。また、具体的にどこまでを射程として見直すかについては、また別途検討していくということになるかと思いをするので、今日の場合は、御意見・御要望として承りたいと考えて思いを、いかがでしょうか。

○三浦座長 今、事務局から追加情報と提案があったところ。ちょうど私が言おうと思っていたこととほぼ同じ文言が事務局からあったところですが、見直しは確実に射程に入っているということです。フッ化物全体となりますと大変重たいマターであり、また別途検討会等も起こさないといけないところ。ここではこのような書きぶりで、しっかりとフッ化物洗口ガイドラインの見直しに向けて舵を切っていくというところを明言することにしたいと思いを、よろしいでしょうか。

○眞木委員 はい。歯磨剤のほうだけは入れていただければ。

○三浦座長 はい、もちろんでございます。こちらのほうは先ほど申し上げたとおり、修文をさせていただければと思いを。

そうしましたら、時間の関係もありまして、次のパートに移らせていただきたいと思います。今、1ページ目と2ページ目の所の御意見を頂戴したところですが、3ページ以降はよ

り各論的なところになります。ライフステージごとの、う蝕対策というところですので、こちらは幾つかの部分から構成されておりますが、最も多く御意見を頂戴したのが乳幼児・学齢期のう蝕対策です。また、その次に先ほど森田理事長から御意見を頂戴した内容とも関与しますが、成人期・高齢期のう蝕対策についても、このパートの中に入ってくる案件ということです。

特に乳幼児期・学童期に関しては大変多くの意見を頂いていたところですので、かなり網羅はできているとは思いますが、今一度御確認していただき、追加や修正等がございましたら、御意見を頂きたいと思っております。あと、成人期・高齢期のう蝕対策についても同様です。よろしく願いいたします。

○高野委員 3 ページ目の 26 行目にあるように、大学卒業後の歯科健診ですが、大学生だけではないので「大学及び専門学校」ということで加えていただければと思います。

○三浦座長 的確なコメントをありがとうございます。修文したいと思っております。ほかに何か御意見はございますでしょうか。この辺りは、木本委員、柘植委員にも御意見を頂ければ有り難いと思っておりますが、いかがでしょうか。

○木本委員 3 ページ目に 12 歳児のう蝕が減っている、フッ化物洗口は非常によい取組で、自治体でかなり差があるという実情です。フッ化物洗口以外に、公的医療保険の中で、エナメル初期う蝕に対するフッ化物塗布というのは保険で導入されているのです。ただ、実態を申しますと、かかりつけ歯科医の施設基準等がありまして、高齢者のほうに多く適用されているという実情が多いです。恐らく施設基準の中に、在宅医療等のことも入ってきますし、なかなか小児専門で開業されている先生方は、実は余り適応されていないということも耳に入ってきます。

実情として、検診でエナメル質の白斑が認められて、ハイリスクなものが検出されているにもかかわらず、それに対する個別のハイリスクを持った対応がなかなかできていないような現状です。もちろんフッ素洗口も効果はあるのですが、その辺ではハイリスク、ローリスクの中で、スクリーニングができていのに効果的にそこで抑えることができずにそのまま進んでしまうというような現状もありますので、その辺のところ、保険の適用拡大のようなものを低年齢に対して必要ではないかなということがあられるわけです。

○三浦座長 総論の所でも書いてあるポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの両者をバランスよく組み合わせるという視点から、小児期においてもポピュレーションアプローチのことはもちろん重要なだけけれども、ハイリスクアプローチに関しての文言が必要ではないだろうかという御提案と理解しております。

この辺りは表記を補足する方法で対応可と思っております。表現等は御相談させていただくことがあると思っておりますので、引き続きよろしく願いいたします。そのほか、お気づきの点はございますでしょうか。

○柘植委員 今、木本先生が言われたように、エナメルう蝕の問題は総論の所にも、「健診の充実とかかりつけ歯科医等へ円滑につながる体制」という所に入ってくると思っております。恐らく、今のかかりつけ歯科医師強化型診療所の施設基準の小児をやっている方々は、成人の歯周病の部分で、どうしても取れない部分があるのです。ですから、小児歯科を標榜

している場合には、その部分に関しては算定しなくても可、というような形で対応されれば、すぐにでも具体的なものになるのではないかとということで、私もそこは指摘したいと思っていたところです。

それから、3ページの25行目に、「学校健診後の歯科医療機関への受診率の低さが指摘されている」という所があるのですが、この辺りも学校保健安全法上で事後措置をきちんとやるようにということで、そちらで戻られているものがありますので、その辺りとの対応を連携してやっていかなければいけないところなので、厚労省と文科省の対応の連携が必要だということではないかと思えます。以上です。

○三浦座長 今、文科省と厚労省との連携という御意見が出たので、文科省から何かコメントがありましたらよろしく願いいたします。

○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 私は今日ワーキングに参加しておりますし、歯科保健課さんと私ども健康教育・食育課が今も連携しているということの証明かなとは思っているのですが、今後も、どうしても文科省として学校の先生方は歯の専門家ではありませんので、教職員に対して的確に正しい情報を周知していくために、文科省としても私たちも正しい知識が必要だと思っています。それは、やはり厚労省と連携してということが重要だと考えていますので、今後とも引き続き連携体制を整えて、密接な情報連携をしていきたいと考えています。

○三浦座長 先ほど、森田理事長からも御提示があった正しい情報提供、そして中高生での歯科保健教育の是正というようなところに、省庁の連携も、更にそこにコミットメントしてやっていくというような形でしょうかね。ありがとうございます。

○柘植委員 3ページの26行目から27行目の所に、「40歳まで制度化されておらず」とあるものですから、具体的に20歳、30歳の節目検診を検討するというような形であれば、高校を卒業してからの大学生の問題といったところにも踏み込んでいけるのではないかと思いますので、この40歳まで制度化されていないということに加えて、もう少し積極的に言うならば、「そういう制度が必要である」ということも言及していただけるといいのかなと思えます。

○三浦座長 分かりました。制度化されていないということと、その次のセンテンスで、「制度化されていないものを改善するための対策が求められている」という書きぶりになっているのですが、ここの書きぶりを調整させていただくということで対応できるかと思えます。

○相田委員 今、大学などの話が出ていますが、中高生の受診率が低いのは、学習指導要領に中高生への歯科教育がほとんどない問題があります。この時期が実は、う蝕がものすごく増えてくる時期で、一番増えてくるところで学習指導要領にないというのが大きな問題ですので、ここは是非連携していただきたいかなと思えます。

○三浦座長 そのほかにございますか。

○森田参考人 参考人なのに意見を言っていないかどうか分からないのですが、連携について、今、糖尿病に関して歯科医師と医師の連携と、高齢者のう蝕は基本的には栄養が絡んでくるので、医師にも正しい情報提供をしてもらうということがいいのではないかと思ってい

ます。いろいろな所でメタボ予防とかいろいろなことを言っていますが、メタボ予防イコール虫歯予防にもつながると思うのです。ですから、そういう部分も、具体的にどう書くのかわかりませんが、医師との連携、医療機関との連携というのも必要なのではないかなと思います。

○三浦座長 ありがとうございます。先生、特に医師との連携となると、例えばどのようなものになりますでしょうか。

○森田参考人 連携と言うか、医師のほうでも保健指導をいろいろされるということは、結局は虫歯の予防にもつながるということが医師のほうにも分かってもらえたら、患者はそれなりにまた違う考え方もできるようになるのではないかなと思います。そういうことです。

○三浦座長 WHO が砂糖に関するガイドライン等を出しているので、その辺りが絡んできますでしょうか。

○森田参考人 そうですね。要は栄養全般と言うのでしょうか。

○三浦座長 分かりました。類似した意見を小坂委員からワーキングのどこかで頂いたような記憶があるのですが、その辺りについていかがでしょうか。

○小坂委員 そうですね。栄養とか食品というのは誰が担うのかというのが、今一つ分からない部分があって、在宅だと管理栄養師さんが入ったりしています。もちろん歯科医師が栄養指導をやれば良いと思っています。WHO が砂糖に関するガイドラインを出した割には、その後は日本での取組は余り進んでいないように思います。海外だと砂糖税を入れるということを目に検討したりしているので、そういった環境整備の一連ですが、砂糖を含めた栄養に関して、歯科医師が他職種と連携しながらいろいろと進めるというのは非常に良いことだろうと思います。

○三浦座長 ありがとうございます。この項に医師との連携が入れるかは分かりませんが、最後の所にも、連携のカウンターパートが列挙されているところですので、どこかで反映できるようにしたいところです。

○青木歯科口腔保健専門官 事務局です。今、乳幼児、高齢期、学齢期の部分で様々な御意見を頂き、国民に対する情報提供の在り方であるとか、ほかの医療機関や別の医師との連携についても御指摘いただいたところです。具体的な内容というのは各ライフステージで変わってくるのかもしれませんが、1つ前のパートの中で、国民であるとか、学生、児童も含めた方への情報提供、多分学校の教育の中だけではなくて、日常的な情報提供の在り方も考えなければいけないとは思っていますので、そういうことも含めて、全体のライフステージを通してというところで何か検討させていただきたいと思います。

その上で、乳幼児期、学齢期の部分について、検診で何らかの歯科疾患が見付かった方であるとか、そういった方への対応をどうするのかというような話もおまとめいただいたように、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの観点で両方を何らかの形で少し修正させていただきたいと思います。

○三浦座長 どうぞ。

○高野委員 乳幼児・学童期の前に、周産期も含めて、そもそも妊娠期に対する対応が必要だと思っておりますので、どこの書きぶりなのか、初めの所なのか分かりませんが、加えていただ

いたほうがよろしいのではないかと思います。

○三浦座長 検討させていただきたいと思います。あと、どうしても乳幼児・学童期の御意見が多く、成人期・高齢期は先ほどの森田先生の御意見だけなので、ほかに成人期・高齢期の御意見も頂けると、大変有り難いところなのですが、いかがでしょうか。

○柘植委員 ここも歯根面う蝕が随分明確に位置付けられて、その対策が必要だということはかなり説明されているのですが、その対応はと言うと、かかりつけ歯科医、あとは保健指導しかないのですが、ほかのところと比べて、ほかはフッ化物やシーラントを使ったりと、具体的な項目があるのでいいのですが、ここももう少し具体的な項目、例えば5ページの8、9、10行目の辺りに、初期う蝕への対応、森田先生からお話のあった「二次う蝕の発症予防のための管理指導等」と書いてありますが、ここの部分に高濃度フッ化物配合歯磨剤、これはようやく昨年フッ化物配合歯磨剤の上限濃度が1.5倍の1500ppmとなったわけですから、この部分に「高濃度フッ化物配合歯磨剤を用いたセルフコントロール」というような文言を入れていただければ、もっと具体的になるのかなと思ったところです。

○三浦座長 御指摘があった「ほかのパートに比べると対応策の具体的な記述がない」というのは、こちらとしても大変気になっていたところで、この部分について具体的な御提案を頂けたことを大変うれしく思っております。高濃度フッ化物配合歯磨剤も市販されておりますので、そこをうまく活用したセルフケアというのは非常に具体的な提案なので、何らかの形で対応したいと思います。

そのほかにいかがでしょうか。多分実際に診療室での対応がきっかけになるところも、成人期・高齢期のう蝕対策というところが大きいところかなと思いますが、この辺りはいかがでしょうか。

○相田委員 成人期・高齢期ですと、先ほど森田参考人がお示しいただいた資料の中で、「仕事が忙しい」が3番目の理由でしたので、「健康経営の中で、歯科保健医療の展開をする」ということも書いていただくといいのかなと思いました。

○三浦座長 健康経営の視点を入れた表記を追加するのは全体の健康づくりの施策の方向性とも合致するところなので、特に問題ないのかなと思います。反映させていく方向で対応したいと思います。具体的な文章等は事務局と相談してということになりますが、伺ったコンセプトは反映するようにしたいと思います。

○瀧口委員 今の件に関しては、議論の中でも企業等における歯科検診の実施率がすごく低いということもありましたので、具体的に「検診の普及」とか、文言を入れていただけるといいのかなと思います。

○三浦座長 こちらも大変貴重な御意見を頂きましてありがとうございます。そもそも論のところの働き盛りの方たちに対する検診の普及の点も大変重要というところで、何らかの形で盛り入込みたいと思います。そのほかにお気付きの点等はございますでしょうか。よろしいでしょうか。また後で総合的に気付いた点等を伺う時間も設けたいと思いますので、一旦ここでこのパートについては、議論を中止をして、次の所にまいりたいと思います。

5ページのⅢ、「定期的な歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者のう蝕対策」という所です。ここの部分は5ページの後半に書いておるとおり、なかなか十分に改善してい

ないところもありますので、重要なパートという認識でおります。この部分についていかがでしょうか。日本障害者歯科学会から頂いた御意見も反映させた案ということになっております。この分野について、研究を進めていらっしゃる方々も委員の中には多数いらっしゃるもので、御意見を頂きたいと思っております。武井委員にお伺いしたいのですが、障害者等に対するアプローチとなるとやはり歯科衛生士の役割も大きいというところで、何かコメント等、追加や修正等が必要でしたら、是非御意見を頂きたいと思っております。

○武井委員 ありがとうございます。きちんと文章の中に入っていると思っております。現在、歯科衛生士は、診療所、病院、施設等のどこに就労していても、依頼を受けて障害者施設や高齢者の施設においても活動を行っています。そこでは、単なる口腔清掃をする役割ではなくて、歯科医療とつなげる役割をきちんと果たしていく必要があると思っております。現在も、仁保本歯科衛生士会において歯科衛生士の専門性について認定を行っておりますが、今後さらに施設全体の口腔機能間ができる歯科衛生士の育成が必要であると考えております。

現在、歯科衛生士会でも認定はありますが、もっとしっかり明確に認定して、そして、管理ができる歯科衛生士を障害者施設又は要介護者のいる施設に配置して、歯科医療と積極的につなぐ役割を果たしていくということが、これから必要であると考えております。

○三浦座長 ありがとうございます。リスクを発見して歯科医療につないで、かつ、継続的な管理を行う上で歯科衛生士の役割が更に重要になってくると思うところです。文言としては入っているということによろしいでしょうか。

○武井委員 はい。

○秋野委員 細かい指摘で恐縮です。6 ページの 22～25 行目に、今後の具体的な障害者、要介護者の歯科保健対策の例示があり、口腔ケアを担う保護者や介護職員に対する研修という 1 つの例示があります。

障害のある方、高齢者の方、要介護の高齢者の方は、必ずしも重篤で寝たきりで意思疎通ができない方ばかりではなく、当然、御自分である程度セルフケアを行える期待のできる方がいらっしゃいます。職員に対する研修だけではなく、特に歯科衛生士さんによる御本人への歯科保健指導の充実が、取組として非常に重要なものではないかと考えられます。

それから、歯科医師の場合もあるかと思っておりますが、施設だけではなく在宅への歯科専門職によるアウトリーチによって、要介護高齢者の方、障害者の方のう蝕予防、防止、口腔衛生の管理をしっかりしていくことも、例示で構いませんので追加していただくといいのではないかと考えました。以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。歯科専門職によるアウトリーチを徹底させて、より効果的なう蝕予防管理を行うという文言をどこかに入れるということですね。こちらについても、これまで頂いていた意見と通ずるところがありますので、何らかの形で対応したいと思っております。そのほかに、お気付きの点はございますか。

○高野委員 6 ページの 30 行目です。泡状歯磨剤以外に、フッ化物が入った洗口液もあるので、フッ化物洗口液等々ということで挙げていただければと思っております。

○三浦座長 ありがとうございます。30 行目の所です。フッ化物を配合した泡状歯磨剤と洗口液の両方があるということで、表記を追記して対応したいと思っております。そのほかに、



何かございますか。細かい所でも構いません。お気づきの点があったらお受けしたいと思えます。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

○瀧口委員 障害者に対する歯科医療をやる場合の課題と言うか、どこまで書くのかということはあると思うのです。例えば、全身麻酔下で治療せざるを得ないケースも多いです。宮崎県においては、宮崎市郡歯科医師会が設置している歯科福祉センターがあり、そこに県も補助をして、全県下の患者さんを受け入れて治療する体制を整えて、その中で地域の歯科医の先生方に研修をして経験を積んでいただき、専門的な治療が必要な場合にはそこへ行き、日常的には地域の研修を受けた歯科医の先生方が診ていくみたいな体制を構築しているところなのです。

まだまだこれからの部分もあるのですが、そういうことについても、この中で書くのがいいのかどうか分からないのですけれども、どこまで書くのか検討していただければと思います。

○三浦座長 それは、各地に置かれている障害者治療に当たっているセンターの更なる拡充のような書きぶりのイメージと、捉えてよろしいでしょうか。実際に幾つかセンターが動いているということで、そのような形での対応も必要であろうというところで、この辺りについてはまた検討させていただければと思います。

○小坂委員 今の件は、多分、もちろんセンターを拡充するのは大事なのですけれども、障害の方とかが身近な所で歯科医療を受けられる体制にすることが大切なのではと思っています。秋野委員の所もいろいろ進めていると聞いております。ですからセンターを充実させるとともに普通の歯科医院でも受けられる所を広げることなので、障害者の医療は専門の先生の所だけが行うという体制ではなくて、全ての歯科医院について大事なことですよというのが分かるような文言のほうがいいのではないかと思います。

○三浦座長 ありがとうございます。そのような形のニュアンスならば、先ほどの秋野委員のコメントと合うのでいいかと思います。

○高野委員 今の関連です。がんでの連携と同じように、障害者の親御さんはセンターだったらセンターだけとってしまうので、センターでできることと身近な所でできることがあるので、それに対する周知も必要なのではないかと思います。

○三浦座長 ありがとうございます。この辺りは大体意見を集約できたかと思っています。センターの拡充の重要性と、更に身近な所で適切な歯科医療、口腔保健管理が受けられるという書きぶりをして追記するという形で対応したいと思います。事務局、よろしいですか。

○青木歯科口腔保健専門官 そのように対応させていただきたいと思います。例えば、今、具体的に13行目の障害者の所では、歯科保健の国内の状態や歯科保健サービスの状況の把握となっております。この中で歯科医療の部分に少し触れさせていただいた上で、どのような実施状況になっているかということも含めて、その実態を把握した上で専門的に治療をする医療機関と、地域の障害のある患者さんのかかりつけの歯科医とうまく連携することであるとか、恐らく、歯科医師や歯科衛生士の人材の育成や研修みたいな話も入ってくると思います。そういうことも含めて、この辺りで少し歯科医療の部分を記載ぶりで拡充させていただきたいと思います。

○三浦座長 ありがとうございます。障害者・児の特性を踏まえた具体的な御意見を頂き、大変有り難いと思います。ほかに何かお気付きの点はございますか。

ないようでしたら、次の項目に移ります。4番目、う蝕対策に関わる社会環境の整備です。ここは、う蝕予防に関する健康格差にも関わっており、あと、例えば、具体的に8ページの歯科保健業務指針の改正、そして、先ほども少し議論に出たフッ化物洗口ガイドラインの見直し等、各種ガイドラインやマニュアル等の整備等、行政に役立つ研修の拡充等々について記載されているところです。実際に自治体が行う歯科保健活動に直結する内容かと思しますので、まず、秋野委員から御意見を頂けたらと思います。

○秋野委員 8ページの5行目です。行政歯科専門職の人材育成の更なる充実ということで、御指摘いただいたのは大変有り難いと考えております。欲を言えば、特に歯科衛生士さんの人材育成の更なる充実という表現が研修の充実程度と受け取られないようにすることが必要です。行政の歯科衛生士を公務員として採用後約40年間でどのようにキャリアパスを積み重ねてどういう業務をさせていくのかという指針が全くない状況ですから、キャリアパスという言葉を使うかどうかはともかくとして、行政歯科専門職の人材育成の充実だけでなく、できれば本来の人材育成の在り方検討をしていただきたいと思っております。

やり方はいろいろあると思っております。保健師や栄養師のように国が単独の人材育成指針を作るとというのが一番すっきりするのもかもしれませんが、業務指針の見直し、今後予定されているということですので、この業務指針の見直しの中で歯科専門職養成、若しくは専門職の人材育成の在り方ということも、この指針の中に詳しく記入することも可能かと思っております。行政歯科専門職の人材育成の在り方の検討についても御指摘いただけると有り難いかと思っておりました。以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。行政歯科衛生士も含む行政の歯科専門職の人材育成の視点をもう少し打ち出すということで、具体的な書きぶりをどこに落とし込むかということも御提言いただいたところです。この辺りは、武井委員からも是非御意見を頂きたいと思っております。

○武井委員 以前、秋野先生からご指摘を頂きました行政の歯科衛生士の育成は非常に重要だと思っております。しかし、歯科衛生士がいない行政もたくさんあります。そのような地域に対しては、歯科衛生士会がパブリックヘルスの研修を実施して、受講した歯科衛生士を派遣するシステムを構築していくことが重要であると考えております。現在、ライフステージに対応した保健指導に関するeラーニングを検討中です。引き続き、御指導いただけたら幸いです。。

○秋野委員 恐縮でございます。

○三浦座長 ありがとうございます。検討会の議論が具体的な活動に結び付いた良い1つのケースかと思っております。今、武井委員が御指摘のように、自治体の歯科保健活動は、いわゆる囑託、そのときだけの雇用の方も確かにいるという状況は私も把握しており、質の管理から、そのような方たちも含めた上で底上げをしていく必要性があるということです。書きぶりすると、全部まとめたような形で、行政歯科専門職の資質向上についての項目を歯科保健行政指針に反映させるような文言調整でしょうか。この辺りについて、事務局から何か意

見はありますか。

○青木歯科口腔保健専門官 頂いた御意見を踏まえてどのような記載ぶりが適切か少し考えさせていただきたいと思います。恐らく、先ほど秋野委員からもいろいろ御指摘いただいたように、最終的なやり方としてはいろいろあるのかと思います。まず、市町村なり都道府県、各地域でどういうことが求められて、それをするために、地域にどういう人材を確保育成していくのか、そのために行政の歯科の専門職としてどういうキャリアパスなり人材の確保しておくべきかという話になってくるのかと思います。

○相田委員 私も今までの議論と一緒に、やはり歯科職種の充実が県や市町村に非常に大事だと思いますし、口腔保健支援センターの数や内容の拡充も非常に大事かと思っています。一方、現実問題、歯科職種が配置されていない自治体であっても効果的な歯科保健の取組ができるよう、データ分析から施策の企画や実施等を支援する手引の作成、研修の拡充等の市町村支援も必要なかと思いました。

○三浦座長 ありがとうございます。御指摘の点は、先ほどの議論と直結するようなところかと思っています。残念ながら歯科専門職は全ての自治体に配備されているわけではないという現状を踏まえて、そのような自治体でも一定レベルの質を確保した歯科保健活動ができるようなところで、具体的に手引を作るという方向性を出したらいいのではないかという御提案でした。これも書きぶりに工夫がいますが、何らかの形で反映できたらと思っています。事務局は、よろしいでしょうか。

○青木歯科口腔保健専門官 この書きぶりについて、全体的な構成も含めて座長に相談させていただきたいと思います。

○三浦座長 そのほかに何かございますか。

○森田参考人 今の御意見では、医師のほうでは、社会医学系の専門医制度みたいなものももう出来ているのだろうと思います。行政の人こそ社会歯科学系の専門医とまでは言いませんが、どう言ったら言いのだろう、そういう部分の認定のようなものが、これは申し訳ないとは思いますが、そういうスキルアップという形だけの研修ではなくて、もう少し何かサーティフィケートに近いものがあるようなプログラムを作ったほうがいいのではないかと思います。お医者さんに負けないように歯科医師も歯科医学の実質的な充実が要るのではないかと思います。

○三浦座長 ありがとうございます。頂いた御意見を重く受け止めているところなのですが、検討会の種類としては別の検討会での案件とっておりました。

○森田参考人 言われる通りです。

○三浦座長 歯科の専門医は別の検討会になるかという認識でいるので、何らかの形でそちらに還元できればと思います。

○森田参考人 いや、もう全然。

○三浦座長 事務局から、補足事項はありますか。

○青木歯科口腔保健専門官 まず、専門医の関係についてですが、座長にお話をいただいたように別の検討会、歯科医師の資質向上等に関する検討会で検討されてきております。専門医等の認定の主体としては、国が積極的にサーティフィケートするような形よりも、それぞ

れの学会なりで、一定の質を確保した方に対してはこういう認定をしますというような形で、現状はいろいろな認定制度等があると思います。そういう中で関係団体や学術団体を含めて、どのような対応が必要になってくるのかということもあるのではないかと考えております。恐らく、歯科のご指摘の関係については、口腔衛生学会が中心的な役割を担う可能性が高いかと思しますので、その辺りも踏まえ、どういった方法が適切なのか考えていくことが必要ではないかと思えます。

○三浦座長 今、事務局から発言がありましたが、先ほど武井委員からも情報提供していただいた日本歯科衛生士会が提供しているeラーニング、あと、日本歯科医師会も大変良質な教育プログラムを持っていらっしゃるというところに加え、学会からも各種認定医等、専門医等を発行されているというところですね。このような既存の良質な教育システムを活用するという視点は重要かと考えます。先ほど出てきた、いろいろなステークホルダーと連携するということに関係するような分野かと思しますので、書きぶり等はまた調整させていただきたいと思えます。

○瀧口委員 先ほども少し出てきた都道府県の口腔保健支援センターは、今、全国全てに設置されているのでしょうか。

○三浦座長 事務局、いかがですか。

○青木歯科口腔保健専門官 昨年4月に調査をしておりますが、現状としては全国全てということではなく、まだ設置されていない所も一定数あるという状況です。前回のワーキングの中でも、各自治体におけるう蝕対策を含めた歯科疾患の予防に関する事業について調査させていただくということで、目下、準備させていただいておりますが、それに合わせて歯科口腔保健支援センターの設置状況、例えば、設置できていない所についてはどういう課題があるかということについても、今後、厚生労働省で調査等をさせていただきたいと思っております。その結果を踏まえて、今後、国として何かサポートできるものがあれば考えていきたいと思っております。

○瀧口委員 ありがとうございます。宮崎県は設置しており、これは運営費の補助があります。歯科医師の配置や歯科衛生士の配置をして、具体的に歯科保健に関する企画等を行っていただいている現実があります。この専門職の人材育成も含めて、このセンターの設置はすごく大きな役割があると思うので、是非、その辺りを強調して、できればこの辺りに全県に設置するみたいに書いていただけると、進むかと思えます。

○三浦座長 事務局から、何か補足はありますか。

○青木歯科口腔保健専門官 各地域における歯科保健対策を考える上で、歯科口腔保健支援センターが中心的な役割を担うということも考えており、その辺りの関係の拡充を少し追加させていただきたいと思っております。具体的な数をどこまで書くことができるかということについては、今後、実態調査を行う予定ですから、その上で今後、何らかの形で検討させていただきたいと思えます。

○三浦座長 非常に良い御意見を頂けたかと思えます。口腔保健支援センターは、歯科口腔保健法の条文の中にもしっかりと設置に関する条文が入っておりますので、ここを活用しない手はないというところで、このコンセプトは何らかの形で反映させていただきたいと思

ます。あと、数値目標的なものは、今、事務局から説明があったとおり実態調査を基にした設定になるので、この辺りについては組み込んだ書きぶりは難しいかと思っておりますけれども、頂いた御意見については何らかの形で反映したいと思っております。

そのほかに何かございますか。よろしいでしょうか。

次の項目に移ります。8 ページの下段のVの歯科保健医療の実態把握・分析についてです。こちらについても御意見を頂いていたというところで、御意見を基にした報告書案ということになっております。この部分について、追加等ありましたらお受けしたいと思っております。あるいは、表現等、修正が必要ということがありましたら、そちらについてもお受けしたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。いかがでしょうか。

○高野委員 8 ページの33 行目です。「定期的に歯科検診」と検診について「検」の字を使っておりますが、少し幅広く「健」を使い健診としてもいいのではないのでしょうか。

○三浦座長 この辺りは、「検」を使っているのは歯科口腔保健法での標記が「検」だったので、この表記を使用しているということがございます。実は「検診」を使うことに関して違和感がある領域も若干あります。書きぶりについて、事務局から説明をお願いします。

○青木歯科口腔保健専門官 御指摘いただいた箇所は、どちらかという、本来、かぎ括弧を付けて法律の条文などを引用してきているような形で記載させていただいているので、「検診」を書いております。ただ、それ以外の一般的な健診について触れる箇所では、できるだけ「健診」で記載ぶりを統一させていただいております。恐らく、ここは法律の条文の記載を踏まえると「検診」になってしまうかと思っておりますが、御趣旨はしっかり受け止めたいと思っております。

○柘植委員 今のことについてです。学校関係は「検診」を使うようになっております。健康診断と省略せずに使うか「検診」を使います。「健診」は使いません。文科関係は「検診」になっていると思っております。西尾先生、確かそうですね。

○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 はい。

○柘植委員 そのようになっているので、その辺りも少し今後の課題かもしれません。厚労関係では「健康」の「健」で法律上の文言となってしまうのですが、学校保健安全法では「検診」になっているものですから、その辺りもまた調整して書いていただければと思います。

○三浦座長 御意見、ありがとうございます。各種学会の用語関係の委員会でも健診と検診の話はよく出てくるところで、この辺りが既に動いている行政用語等の関係もあるので、表記のところは最終的には事務局でチェックしていただいて、現行のシステムと齟齬がないように書きぶりを調整していただければと思います。あと、そのほかございますか。

○小坂委員 9 ページのトップの所です。それで、データヘルスのお話がございます。私たちが関わっている所でも、必ずしもデータヘルスと言っても、何か、既存の健診とか、チョコチョコとまとめて出しているだけでデータヘルスと言われたりするのですが、具体的にやはり、市町村とか都道府県、市町村がいろいろ、保険者も含めていろいろやっていかなければいけないと思っています。そういったときに、具体的に何をやるかというのを余りよく分かっていない部分もあります。

それから、今後、ナショナルデータベース、ビッグデータ、いろいろ国が整備していく中で、ほとんど1つのIDで全部がつながれるみたいな、イギリスなどは今、もうそうになっているのですが。そういうものに比べると、う蝕のワーキンググループでう蝕をどこまで取れるかというのは難しいところではあります。NDBでレセプトと特定健診の健診、メタボ検診の中に口腔が入っているということもあるのでその活用とか、あるいは、東大の大野先生たちがやっていますが、自治体のデータ、歯科が入ったデータベースというのも今、構築されつつもあるので、そういう、国が推進しているビッグデータの活用も、やはり推進しつつ、さらに、都道府県、市町村などでどうやって活用していくかということも必要です。今までのデータ軸、新しいそういうデータも、リアルワールドデータという、今までにも取れるのを、知らないうちに取れているのを活用していくというのが世界の方向なので、やはり、それに向けて既存のデータを何らかの形で集めて活用していくという姿勢が何かこの中にも入ると、より良いのかなと思っています。

○三浦座長 ありがとうございます。既存のデータ活用でキーワードとしては、「ビッグデータの活用」というようなワードを今、頂いたところです。自治体の負担を減らすためにも、新規でいろいろ調査するのではなく、既に集まっているデータを活用するというのは方向性としては非常に妥当ではないかと思えますし、時代の流れとしてビッグデータを使いましょうというような全体的な政策も踏まえますと、この辺りに入れ込むべき内容かと思えますが、事務局、いかがでしょうか。

○青木歯科口腔保健専門官 御指摘内容、具体的な文言をこれから検討させていただきたいと思えますけれども、御趣旨に沿うような内容を少し盛り込ませていただきたいと思います。

○三浦座長 あと、分析したものを政策に使っていただくとする、今、御発言があった自治体での活用も円滑に図っていくようなことがありますので、是非、ここで言及しておきたいと思えます。あと、そのほか、どうぞ。

○秋野委員 自治体の中で歯科保健事業を企画して、予算を要求して、事業化していくという、その過程の中では最初の大前提として、自らの都道府県、自らの市町村の口腔保健の実態を正確に把握することが、まず第一に最低限の必要要件になります。全国平均よりも高いのか低いのか、県平均よりも良いのか悪いのか、それとももっと深刻な状況なのか、これを知ることができなければ事業化することができません。乳幼児健診については、市町村ごとの実態がかなり分かりやすくなってきたところですが、学校歯科保健の学齢期の12歳児DMFT等の既存データ、都道府県は少し出ていますが、市町村ごとのデータがありません。なかなか難しい御事情があるのは重々承知しているところですが、ただ、市町村ごとのデータの把握ができると、恐らく、地域の歯科保健事業は非常に進む。小学校のデータも望ましいですけれども、中学校、高校も含めて、代表的な指標だけでも良いので、何とかこの市町村単位でのデータの公表が必要だと思えますし、可能であれば、9ページの1行目から3行目のどこかに、できれば「市町村ごと」、それが難しければ、「地域ごと」、「自治体ごと」といったような表現を加えていただければ大変有り難いと思えましたので、できるかどうかは別として、御検討いただければと思えます。

○三浦座長 ありがとうございます。2つありますよね、データを用いた地域診断の必要性、

この辺りは行政職の資質向上とリンクすると、それで、それを図るためには市町村ごとの把握が望ましいので、そこについて、今後の課題として言及があると良いというようなところでしょうか。

○秋野委員 はい。

○柘植委員 市町村ごとのデータは、各都道府県でもう全数で出している所がかなりあります。例えば岐阜県などは、毎年、全部、市町村のグラフで並べて作ってしまいますので、自治体によって温度差があるということだと思います。

あとは、データの取り方に関するのですが、フォーマットが全部そろっているわけではないので、それがやはり、これから。先ほどビッグデータの問題も出ましたけれども、この2行目から3行目にあるような「一元化、経年的に分析する方法」、個々に、フォーマットの問題とか、どういうことをしようとしてやっていくかというようなことがありますので、恐らく、事務局ではそういうことも考えられてここにこういう、文章になっているのではないかと思います。

○三浦座長 ありがとうございます。

○小坂委員 ほかの検診、いわゆる検査をするほうの検診ですが、それでは、都道府県で生活習慣病検診等管理指導協議会というのがあって、検診の精度管理とか、そういうものを含めてやって、市町村ごとのデータを出して、通信簿を返すみたいなことをやっているのです。都道府県では市町村ごとの検診の結果などは出ているのでしょうけれども、検診の在り方自体も含めた、そういう、精度管理も含めたような形で、生活習慣病検診等管理指導協議会の中に本当は歯科の項目も入ると良いのかなと思っています。今後、都道府県に健診の精度管理も含めたことが何か、役割として入るのが良いかなと思いました。

○秋野委員 御指摘のように、自治体の努力、あるいは県の歯科医師会、あるいは県の学校歯科医会の努力で市町村ごとのデータが公表できている都道府県があるのは承知しているところです。ただ、一方、なかなか難しい地域があるのも事実でして、こういった国の報告の中で、市町村ごとのデータが必要であるというような記載があれば、地域の関係者で必要性の理解にも役立つのではないかとはい思いました。

○三浦座長 ありがとうございます。さっき小坂委員から御発言があった検診の在り方で精度管理ですね、ここら辺はやはり正しく状況を把握するというので、当たり前ですが、その部分の精度管理というところは大変重要な視点かと思っています。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。それでは次の項目に移りたいと思います。

「う蝕対策に係る次期目標等」です。このワーキンググループは、中間評価を受けて設定されたワーキンググループですが、その中間評価の下で PDCA サイクルを回して改善していく方策を検討しつつ、これが終了した後の次のチームの基本的事項に向けての提言等もやはり行うというのが大変重要なミッションです。そこにおいて次期目標について項目を設けているというところですが、ここについて、是非、具体的な御意見を頂ければ大変有り難いと思います。事務局案は今まで頂いた御意見を基にしてライフステージ別に並べているという形になっておりますが、お気付きの点がございましたら、是非、御発言をしていただければ

と思います。今、う蝕は限られた年齢のところでは指標を設けていますが、別年齢での指標設定も要るのではないかというような御意見がありましたらお受けもしたいと思ひますし、先生方、加筆あるいは修正等が必要な所がございましたら、そちらについても御意見を頂きたいと思ひますが、いかがでしょうか。

○木本委員 先ほど高野先生からもお話がございましたように、妊娠期から切れ目のない歯科保健を希望するというのが、昨年末に成育医療と基本法が成立して、具体的な政策の策定にも入っていると思うのですが、その中で、今まで、母子保健法であるとか、児童虐待防止法もありますけれども、やはりそういうものが連携して1つの母子保健というのを作っていくのと、年齢が早いほうでは、妊娠中の妊婦健診とか、その辺も出産後の子供のう蝕リスクなりにかなり影響してくるのではないかと思ひます。是非、妊婦健診等の実施とか、その辺の啓発事業にもちょっと触れていただければと思うのですけれども。

○三浦座長 御意見、ありがとうございます。先ほど高野委員からも類似した御意見を頂いているところですが、高野先生、その辺り、ここに書き込むというような方向性でよろしいでしょうか。

○高野委員 それもお願いしようかと思っていたところなので、はい、宜しくお願いします。

○三浦座長 ありがとうございます。事務局、いかがでしょうか。

○青木歯科口腔保健専門官 先ほどの妊婦に対するう蝕対策の観点の御指摘も頂きましたし、今回の目標の中でそういったところも考えていくべきではないかというようなことだと思ひますので、そういった内容を、どこに盛り込むかはまた検討させていただきたいと思ひますが、それぞれ、どこかに盛り込ませていただきたいと思ひます。

○三浦座長 ありがとうございます。よろしくお祈いします。

○柘植委員 今の妊婦のことにつきましては、以前のワーキンググループの会議の中で母子手帳の在り方について少し意見が出ていたと思うのですけれども、母子手帳の歯科に関する部分の見直しも必要なのかなと思ひています。あれは確か何年かに1回という形になっているかと思うのですけれども、その辺りも妊婦を考える上では非常に重要なところだと思ひますので、よろしくお祈いします。

○三浦座長 事務局、追加の情報提供はございますでしょうか。

○青木歯科口腔保健専門官 母子手帳、また、厚生労働省の別の部局になりますが、そこでも少し相談をさせていただきながら、各ライフステージを通して必要な、先ほどの学生だけではなくて、各ライフステージを通じた国民への普及啓発であるとか、適切な情報提供の必要性もどこかに記載させていただきたいということでありましたので、そういった中でも少し記載ぶりを考えさせていただきたいと思ひます。

○三浦座長 そのほか、今はどちらかという若い、乳幼児期と学齢期からのコメントが割合多いところですが、ほかのライフステージに関して、何か、お気付きの点とかも含めて、次期目標に反映させたら良いのではないかということがございましたら御意見を頂きたいところですが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

○武井委員 小さなことで恐縮なのですが、32行目に「障害者等要介護高齢者に対する歯科保健医療に係る指標としては」の文言がございます。これは、医師会、保健医療サービス



へのアクセス状況も非常に重要だと思っておりますが、リスクに対応して、やはり施設職員の方が日常の場での口腔ケアをきちんとやっていただけるという意味から、「職員への研修の状況」という文言を入れていただけますと幸いです。「職員への研修」が広がってくることが効果を上げるポイントであり、指標となると考えます。よろしく願いいたします。

○三浦座長 ありがとうございます。障害者や要介護高齢者の場合、介護職員の皆様方に歯科保健知識を高めてもらうというのがベースの要件ということで、ここをしっかりとやると、いろいろな波及効果があるのではないかと具体的な御提案だったかと思っております。こちらについても、書きぶりはまた少し調整ですけれども、反映するような方向性で考えていきたいと思っております。事務局、それで問題ないでしょうか。

○青木歯科口腔保健専門官 全体の障害者等であるとか、要介護高齢者のパートの中でも、いかに実効性のある研修を実施していくかということで触れさせていただきました。指標の部分の書きぶりを少し検討させていただきたいと思っております。仮に目標値を設定する場合、ほかの項目もそうですが、最終的にはどのような指標が、今後、どういう項目であればデータが取れるかどうか、継続的にデータが取れるかどうかということもあると思っております。今回、いろいろ、そういった御指摘も含めて記載させていただいた上で、今後、実際の目標値の設定に当たりましては、必要なデータと、あと、実際、それが取れるかどうかも含めて、最終的には検討させていただきたいと思っております。

○三浦座長 ありがとうございます。それでは10ページ、最後の章ですね、終わりの言葉で「さいごに」と書いてある所ですが、ここは締め言葉で総論的な所となります。

○小坂委員 そのページの13行目からです。ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチと言っていて、14行目ですね、「その両者を支える、歯科医師会等の関係団体、学術団体、行政等が」と書いてあるのですが、もうちょっとこのポピュレーションアプローチで言うと、例えば教育機関とか、あるいは介護福祉系の、何かそういう団体とか、とにかくいろいろな所が関わるんだよというのが分かるように明示したほうが良いと思っております。書けるのであれば、企業も含めてそういう、いろいろな場面でやるんですよというのがもうちょっと言えれば良いかなと思っております。

○三浦座長 ありがとうございます。入れたほうが、これまで頂いていた意見とのつながりは非常に良いのかなという気がします。先ほど成人期のところで、健康経営の視点もあつたらいいよねというような御意見も頂いていたので、企業等も入っておかしくはないのかなと思うところですし、あと、学齢期に関しては、正しく教育機関との連携なくしてできないというところですし、障害者等、要介護高齢者に対するアプローチに関しましては、当たり前ですけれども介護関係者との連携はマストになってくるということで、この辺り、実際に関わる可能性が大変高いので、なるべく反映できるような文言に修正したいと思っております。事務局、それでよろしいですね。

○青木歯科口腔保健専門官 はい。関連で申し上げますと、社会環境の整備の所、7ページ目の22行目以降になりますが、説明は省略しましたが、行政内部の連携に加え、いろいろな機関の連携体制を構築することが不可欠というような御意見もございましたので、最終的な最後の書きぶりについても、先ほどの7ページも含めてですが、もう少し整合性を取

れるように、また確認をするような方向で考えさせていただきたいと思います。

○三浦座長 ありがとうございます。そのほかにお気付きの点はございますか。

○高野委員 10 ページの 18 行目の「成人期以降の住民等に対して」という所ですが、特にリタイア前の意識をちょっと高めていただかないと、結構ボロボロな状態の人が多いため、やはりその辺のを「特に」ということで強調していただいたほうがよろしいかなと思って読みました。

○三浦座長 分かりました。書きぶり等を検討させていただきたいと思います。そのほか、いかがでしょうか。

○瀧口委員 17 行目に「自然と健康になれる社会づくり」と出てくるのですが、具体的にイメージがしにくいので、何か例示があると理解しやすいかなと思って、どんなことを想定されているのか。

○青木歯科口腔保健専門官 事務局です。ほかの検討会、全体的な健康づくりの施策などを検討している場の中でも自然と健康になれる、各住民であるとか、各個人が自ら何か行動を起こさなくても、日常生活の中で健康づくりにもつながるような生活が送れるような環境づくりであるとか、社会環境を作っていこうというような流れがございます。いきなりここに出てくるのは確かに唐突感があるかもしれません。少し説明を加えるなどして、記載ぶりは考えさせていただきたいと思います。

○三浦座長 そのようにお願いいたします、突然、「自然と」となると戸惑われる方も多いかと思いますが。その辺りは、落ち着きが良いような形でちょっと文章を修正したいと思います。ほかにも何かございますか。よろしいでしょうか。

それでは、皆様方の御協力の下でスムーズに議論を進めることができました。本日、前半の部分では、森田先生から貴重なコメントも頂きました。そして、各委員の先生方からは具体的な御提言、NDB のデータ活用や自治体職員向けのマニュアル、そして、懸案事項だった成人期・高齢期のう蝕対策につきましても、より踏み込んだ実際的な内容について御意見を頂きました。会議中で申し上げたとおり、適宜、追加や修正をさせていただきたいと思います。本ワーキンググループは今回が最終回ということもございますので、書きぶりや具体的な修正内容等につきましては、私、座長に一任していただければでしょうか、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは、まとめに向けてしっかりと対応してまいります。

それではこの辺りでそろそろ本日の議論を終了させていただきたいと思います。約半年にわたってこのワーキンググループを行ってきたというところですので、最後に事務局から宜しくお願いいたします。

○田口歯科保健課長 歯科保健課長でございます。本日は誠にありがとうございました。

昨年の 9 月だったと思いますがこのワーキンググループを設置させていただきまして、これまで 4 回にわたる議論ということで、非常に短期間の間にこの報告書を取りまとめることができました。委員の先生方には御協力を頂きましたことに誠に感謝を申し上げます。また、最終的な報告書につきましては座長の三浦先生とも相談させていただき、最終的な修文をさせていただこうと思っています。出来ました報告書につきましては、今後の歯科保健施策、

特に我が国の腐食予防対策の推進に資するよう、国としても全力を挙げて取り組んでまいりたいと考えておりますので、今後とも、どうぞよろしく願いいたします。どうもありがとうございました。

○三浦座長 では本日、これにて閉会といたします。どうもありがとうございました。