

第 1 7 回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会

日時	令和 8 年 5 月 8 日 (金) 1 7 : 0 0 ~
場所	中央合同庁舎第 5 号館 1 2 階専用第 1 4 会議室

○山口補佐 定刻となりましたので、ただいまより「第 17 回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会」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、御出席賜りありがとうございます。本日の会議はハイブリッド開催ですので、オンラインで参加されている委員の皆様におかれましては、御発言がある場合は「手を挙げる」ボタンをクリックするか画面上で手を挙げていただき、委員長の指名を受けてからマイクのミュートを解除し、御発言くださいますようお願いいたします。また、御発言いただくとき以外は、マイクをミュートの状態にしていただきますよう御協力をお願いいたします。

今回は、約 3 年ぶりの開催となりますので、委員の御紹介をさせていただきます。お名前を読み上げましたら、一言頂けましたら幸いです。まず、相田潤委員です。

○相田委員 東京科学大学歯科公衆衛生学分野の相田と申します。疫学と公衆衛生を専門にしております。どうぞよろしくお願いいたします。

○山口補佐 続きまして、大城暁子委員です。

○大城委員 川崎市健康福祉局の大城です。どうぞよろしくお願いいたします。

○山口補佐 続きまして、小松原祐介委員です。

○小松原委員 健康保険組合連合会の小松原でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○山口補佐 続きまして、平野浩彦委員です。

○平野委員 日本老年歯科医学会の平野でございます。よろしくお願いいたします。

○山口補佐 続きまして、福田英輝委員です。

○福田委員 国立保健医療科学院の福田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○山口補佐 続きまして、本田和枝委員です。

○本田委員 北海道保健福祉部の本田と申します。よろしくお願いいたします。

○山口補佐 続きまして、前田香委員です。

○前田委員 全国保健師長会会長をしております、福島県健康づくり推進課の前田と申します。よろしくお願いいたします。

○山口補佐 続きまして、三浦宏子委員です。

○三浦委員 北海道医療大学歯学部保健衛生学分野の三浦です。本日は、よろしくお願いいたします。

○山口補佐 続きまして、武藤智美委員です。

○武藤委員 日本歯科衛生士会の武藤と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○山口補佐 続きまして、山本龍生委員です。いらしてないですか。

○事務局 はい。

○山口補佐 続きまして、山本秀樹委員です。

○山本(秀)委員 日本歯科医師会の山本です。よろしくお願いいたします。

○山口補佐 続きまして、吉成伸夫委員です。

○吉成委員 日本歯周病学会の吉成伸夫です。どうぞよろしくお願いいたします。

○山口補佐 続きまして、山本龍生委員です。

○山本(龍)委員 神奈川歯科大学の山本と申します。よろしくお願いいたします。

○山口補佐 皆様、ありがとうございました。佐原博之委員ですが、本日、遅参するという御連絡がありましたので、御参加された際には、改めて御挨拶を賜りたいと思います。また今回、福本敏委員ですが、本日は所用により欠席という形になります。出席状況ですが、委員 14 名に対して 12 名御出席いただいておりますので、議事が成立することを御報告いたします。なお、委員長は引き続き福田委員にお願いしたいと思います。

また、事務局にも異動がありましたので、御紹介させていただきます。医政局歯科保健課長兼歯科口腔保健推進室長の小嶺です。

○小嶺課長 歯科保健課長の小嶺です。今年度、歯科口腔保健推進室長も併任させていただいております。よろしくお願いいたします。

○山口補佐 歯科口腔保健推進室室長補佐の田上です。

○田上補佐 よろしくお願ひいたします。

○山口補佐 同じく、主査の増子です。

○増子主査 増子と申します。よろしくお願いいたします。

○山口補佐 同じく、主査の大坪です。

○大坪主査 後ろから失礼します。大坪です。よろしくお願いいたします。

○山口補佐 私は、室長補佐の山口です。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、委員会の開催にあたり、課長の小嶺より、御挨拶をさせていただきます。

○小嶺課長 改めまして、歯科保健課長の小嶺です。委員の皆様におかれましては、お忙しいところ、本日は御出席いただきましてありがとうございます。また、日頃より厚生労働行政に御協力、御支援を賜りまして誠にありがとうございます。

今回、御議論いただきます歯科口腔保健の推進に関する基本的事項につきましては、歯科口腔保健の推進に関する法律に基づいて策定しております。

この法律は、平成 23 年に公布、施行されまして、その翌年の平成 24 年に最初の歯科口腔保健の推進に関する基本的事項が策定されております。以降、歯科疾患の予防や生活の質の向上に向けた口腔機能の獲得・維持・向上などを方針に掲げて、皆様の御協力を頂きながら様々な施策を行ってまいりました。そして、令和 4 年に本専門委員会において最終評価を行い、その結果を踏まえまして、令和 5 年には歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の第二次、通称、歯・口腔の健康づくりプランとしている今の計画を策定しております。

この計画は、令和 6 年度から開始しておりますが、プランの初年度である令和 6 年度の歯科疾患実態調査などの結果をもとに、ベースライン値を定めて、令和 14 年度の目標値を設定することになっております。今回、令和 6 年度歯科疾患実態調査の結果を本年 1 月に公表しておりますので、その分析結果などを踏まえて、今回の専門委員会では、そのベースライン値、目標値について御議論いただきたいと考えております。

また、この目標値のうち、一部、健康日本 21(第三次)と重複する項目もございますので、本委員会で決定したベースライン値及び目標値を地域保健健康増進栄養部会へ報告する予定となっております。委員の皆様方におかれましては、忌憚のない御意見を頂ければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○山口補佐 それでは、以降の進行につきまして、福田委員長、よろしくお願いいたします。

○福田座長 改めまして、国立保健医療科学院の福田です。年度初め、また連休明けのお忙しいところ、御参集いただきまして誠にありがとうございます。

先ほど事務局からお話がありましたように、3年ぶりの開催ということになります。前回から引き続きまして座長、委員長を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。それでは、早速ですが、議事に移らせていただきます。

本日の資料ですが、議事次第、委員名簿のほかに、資料1「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第二次)(歯・口腔の健康づくりプラン)のベースライン値及び目標値について」、その他として、参考資料1～3までがあります。資料1につきまして事務局から説明を頂きたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○田上補佐 よろしくお願いいたします。資料1について説明いたします。本資料のベースライン値及び推計値については、厚生労働科学研究費補助金のうち、循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業におきまして、委員でもある三浦先生を研究代表者とした「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第二次)の進捗評価と、推進方策に関するエビデンス構築研究班」による分析結果をもとに作成しております。御協力いただきありがとうございます。

まずは、歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第二次)の概要についてです。

2 ページ目、生涯にわたる歯・口腔の健康は社会生活の質の向上に大きく寄与するものであり、歯・口腔の健康と全身の健康との関連性についても指摘されているところです。このため、歯科疾患の予防等を通じて、口腔の健康を保持・増進していくことは極めて重要であり、国におきましては、歯・口腔の健康づくりに関する取組を展開してきたところです。

具体的には、平成 23 年に歯科口腔保健の推進に関する法律が施行され、翌年には、同法に基づき、告示である歯科口腔保健の推進に関する基本的事項が定められました。その後の状況変化や新たな課題等を踏まえ、令和 6 年からは基本的事項(第二次)、通称歯・口腔の健康づくりプランを定め、歯科口腔保健の推進に関する各種施策を総合的、かつ、計画的に進めているところです。

○山口補佐 すみません。機材トラブル等で一旦中断しております。大変申し訳ありません。また、遅参されておりました佐原博之先生がご参加されましたので、今、この待ち時間のタイミングで佐原先生より一言御挨拶を頂戴したいと思います。佐原先生、よろしくお願いいたします。

○佐原委員 皆さん、こんにちは。日本医師会の佐原でございます。遅れまして申し訳ございませんでした。また、今回もよろしくお願いいたします。

○田上補佐 大変失礼しました。説明を続けさせていただきます。

3 ページ目を御覧ください。歯科口腔保健の推進に関する基本的事項につきましては、資料の中段にあるとおり、国及び地方公共団体が講ずる施策として、歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発等、定期的に歯科検診を受けること等の勧奨等、障害者等が定期的に歯科検診を受けること等のための施策等、歯科疾患の予防のための措置等、口腔の健康に関する調査及び研究の推進の5つが定められております。

これまでの経過としては、平成24年から令和4年までの10年間を対象とする「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」(第一次)が策定されました。その後、医療計画との整合性を図る観点から、計画期間は令和5年度まで延長され、令和4年度に最終評価が実施されております。令和6年度から令和17年度までの12年間を計画期間とする「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」(第二次)は、「歯・口腔の健康づくりプラン」として、歯科口腔保健に関する国及び地方公共団体の施策を引き続き、総合的、計画的に推進するための基本的な事項を示すものとなっています。

4 ページ目は、歯・口腔の健康づくりプランの概要についてです。プランの骨子は、歯科口腔保健の推進のための基本的な方針、歯科口腔保健を推進するための目標・計画に関する事項、都道府県及び市町村の歯科口腔保健の基本的事項の策定に関する事項、歯科口腔保健を担う人材の確保・育成に関する事項、調査及び研究に関する基本的な事項、その他歯科口腔保健の推進に関する重要事項の6つから構成されております。

5 ページ目、こちらは告示に示されている歯・口腔の健康づくりプランの目標と指標一覧をお示ししております。指標につきましては、歯科口腔保健に係る諸活動の成果を評価するために、原則として公的統計で評価が可能である具体的な内容とし、歯科口腔保健の推進に関する17の指標をそれぞれ設定しております。

また、17の指標のうち、ピンク色で色付けしている指標については、「健康日本21(第三次)」と重複する指標であり、「40歳以上における歯周炎を有する者の割合」、「50歳以上における咀嚼良好者の割合」、「過去1年間に歯科検診を受診した者の割合」の3つです。

6 ページ目、こちらは歯・口腔の健康づくりプランにおいて、告示で示す指標とは別に20の参考指標を定めております。参考指標は都道府県等の状況に応じて、歯科口腔保健に関する基本的事項や歯科口腔保健の推進に関する施策の立案、検証等において参考とされたい項目という位置付けです。この参考指標につきましては、次回の歯科口腔保健の推進に関する専門委員会にて御議論いただくこととしております。

7 ページ目、こちらは我が国における健康づくり運動です。2000年からは「健康日本21」という名称で取組を進めています。令和6年からは、「健康日本21(第三次)」が開始されております。

8 ページ目、こちらは健康日本 21(第二次)における歯・口腔の健康の領域についてです。歯・口腔の健康についての方針と 10 項目の評価指標等が設定されておりました。

9 ページ目、こちらは現行の健康日本 21 (第三次)の各領域・目標の概要についてです。健康日本 21(第三次)においても、健康寿命の延伸・健康格差の縮小が 1 番目に掲げられております。その下の所ですが、先ほど申しました生活習慣の改善ということで、歯・口腔の健康についても目標を設定しております。

10 ページ目、こちらは、歯・口腔の健康づくりプランのスケジュールです。赤枠で囲ったとおり、ベースラインの提示・中間評価及び最終評価に必要なデータソースである歯科疾患実態調査は、基本的事項の評価実施時期を踏まえ、令和 6 年度から 4 年ごとに実施することとしております。さらに、プラン 6 年目に、中間評価を行う予定です。

○田上補佐 本日、厚労省のシステムの不具合でネットが不安定になっております。大変申し訳ございません。先生方の貴重なお時間でございますので、御不便をお掛けしますが、このまま続けさせていただきます。音声は大丈夫ということですが、資料共有ができない状態になってしまいますので、Web で御参加の先生方におかれましては、お手数をおかけしますが、事前にお送りしました資料を開いていただければと思います。

では、続けさせていただきます。資料 1 の 11 ページからです。

11 ページ、健康日本 21(第三次)と歯・口腔の健康づくりプランは同じ計画期間となっています。

12 ページ、ここからは歯・口腔の健康づくりプランの指標のベースライン値及び目標値の検討についてとなります。

13 ページ、第 1 の目標である「歯・口腔に関する健康格差の縮小」で設定されている 3 つの指標についてです。

14 ページ、「3 歳児で 4 本以上のう蝕のある歯を有する者の割合」については、令和 6 年度地域保健・健康増進事業報告における 3 歳児のう蝕有病状況をもとに求めたところ、ベースライン値は 2.1%でした。令和 6 年度の結果を踏まえた直線回帰モデルによる令和 14 年の推計値は-0.7%となったことから、目標値は 0%としたいと思っております。

15 ページ、「12 歳児でう蝕のない者の割合が 90%以上の都道府県数」については、令和 6 年の学校保健統計調査から求めたところ、ベースライン値は 0 都道府県でした。令和 6 年の結果を踏まえた令和 14 年の推計値は、直近 16 回の調査結果で推計を行ったところ、20 都道府県となったことから、目標値は変更せず 25 都道府県としてはどうかと考えております。

16 ページ、「40 歳以上における自分の歯が 19 歯以下の者の割合」については、令和 6 年歯科疾患実態調査の結果より、ベースライン値は 18.1%でした。直近 4 回の調査結果を踏まえ将来推計を行ったところ、推計値は 11.2%となったことから、現在の目標値である 5 %を上回っております。一方で、目標値の下方修正は慎重に行う必要があるため、現時点では目標値は変更せず 5 %のままとし、中間評価時に改めて検討することとしては

どうかと考えております。

17 ページ、第 2 の目標である「歯科疾患の予防」についてお示しします。

18 ページです。「20 歳以上における未処置歯を有する者の割合」については、令和 6 年歯科疾患実態調査から求めたところ、ベースライン値は 29.1%でした。直近 4 回の調査をもとに、5 歳階級別に年齢調整を行いながら、将来推計を行ったところ、推計値は 25.2%となりました。目標値の下方修正は慎重に行う必要があるため、目標値は変更せず 20%とし、中間評価時に改めて検討することとしてはどうかと考えております。

19 ページです。「60 歳以上における未処置の根面う蝕を有する者の割合」については、令和 6 年歯科疾患実態調査から求めたところ、ベースライン値は 6.4%でした。本割合については、令和 4 年以降の歯科疾患実態調査において新たに報告されるようになった指標であり、現時点で把握可能なデータは令和 4 年及び令和 6 年の 2 つであるため、将来推計に基づく分析(推計)は困難となっております。現在の目標値は、令和 4 年度厚生労働科学研究において、「歯科診療所を受診した患者を対象とした 60 歳以上の年代で未処置の根面う蝕を有する者の割合」が 7.2%であったことを踏まえて 5%に設定された経緯があります。令和 4 年、6 年の結果は、それぞれ 5.5%、6.4%で、目標値設定時の議論で用いた数値 7.2%と近いことから、目標値は変更せず 5%としてはどうかと考えております。

続いて 20 ページです。「10 代における歯肉に炎症所見を有する者の割合」については、令和 6 年歯科疾患実態調査から求めたところ、ベースライン値は 26.7%でした。こちらの指標の現時点で把握可能なデータは令和 4 年及び令和 6 年の 2 つとなっております。令和 4 年、6 年の結果は、それぞれ 38.2%、26.7%であり、今後の歯科口腔保健に関する施策による改善効果を期待して、目標値は変更せずに 10%としてはどうかと考えております。

21 ページです。「20 代～30 代における歯肉に炎症所見を有する者の割合」については、令和 6 年歯科疾患実態調査から求めたところ、ベースライン値は 22.4%でした。直近 4 回の国民健康・栄養調査により将来推計を行ったところ、推計値は 15.8%となりました。そのため、目標値は変更せず 15%のままとしてはどうかと考えております。

22 ページです。「40 歳以上における歯周炎を有する者の割合」については、令和 6 年歯科疾患実態調査から求めたところ、ベースライン値は 47.8%でした。直近 3 回の歯科疾患実態調査の結果をもとに年齢調整を行いつつ、将来推計を行ったところ、推計値は 41.3%となっております。そのため、目標値は変更せず 40%としてはどうかと考えております。

23 ページ、「80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合」についてです。令和 6 年歯科疾患実態調査から求めたところ、ベースライン値は 61.5%でした。直近 4 回の歯科疾患実態調査の結果をもとに将来推計を行ったところ、推計値は 69.6%となっており、現在の目標値の 85%を下回っております。一方で目標値の下方修正は慎重に行う必要があるため、現時点では目標値は変更せず 85%とし、中間評価時に改めて検討することと

してはどうかと考えております。

24 ページです。第3の目標である「生活の質の向上に向けた口腔機能の獲得・維持・向上」についてです。

25 ページは、「50 歳以上における咀嚼良好者の割合」についてです。令和6年国民健康・栄養調査から求めたところ、ベースライン値は 81.3%でした。直近4回の調査結果をもとに将来推計を行ったところ、推計値は 89.6%となりました。こちらは、現行の目標値は 80%でしたが、ベースラインとなる令和6年度調査の結果は 81.3%であり、ベースラインが目標値を超える結果となっております。そのため、令和6年度の結果を踏まえた令和14年度の推計値は 89.6%となったことから、目標値を 90%に更新してはどうかと考えているところです。

26 ページは、第4の目標である「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に対する歯科口腔保健」についてです。

27 ページは、「障害者・障害児が利用する施設での過去1年間の歯科検診実施率」についてです。令和5年度厚生労働科学研究事業から求めたところ、ベースライン値は 62.7%でした。目標値の推計については、今までの数値をもとに直線回帰モデルを作成しましたが、推計の妥当性を評価する決定係数が低くなったことから、検証が困難であるという分析結果となりました。そのため、現時点では目標値は変更せず 90%のままとし、中間評価時に改めて検討することとしてはどうかと考えております。

28 ページ、「要介護高齢者が利用する施設での過去1年間の歯科検診実施率」についてです。令和6年度厚生労働科学研究事業から求めたところ、ベースライン値は 38.8%でした。令和6年度の値が 38.8%であることを踏まえると、現行の目標値 50%は妥当なものと考えております。そのため、目標値は変更せず 50%のままとしてはどうかと考えております。

29 ページ、第5の目標である「歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備」についてお示しします。

30 ページです。「歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している保健所設置市・特別区の割合」についてです。令和6年度厚生労働省の委託事業による調査結果より求めたところ、ベースライン値は 35.5%でした。令和6年度の結果を踏まえて計算した中位目標は約 57%であることから、目標値は変更せず 60%としてはどうかと考えております。

31 ページ、「歯科口腔保健に関する事業の効果検証を実施している市町村の割合の増加」についてです。令和6年度厚生労働省事業の調査結果より求めたところ、ベースライン値は 32.1%でした。こちらは PDCA サイクルに沿った歯科口腔保健に関する施策を推進する観点から、目標値は変更せず 100%としてはどうかと考えています。

32 ページは、「過去1年間に歯科検診を受診した者の割合」についてです。令和6年歯科疾患実態調査から求めたところ、ベースライン値は 56%となりました。過去4回の調査結果をもとに将来推計を行ったところ、推計値は 75.5%となり、目標値の 95%を下

回っておりました。一方で、生涯を通じた歯科健診を推進する必要もあることから、目標値は変更せず 95% のままとしてはどうかと考えております。

33 ページです。「法令で定められている歯科検診を除く歯科検診を実施している市町村の割合」についてです。令和 6 年度厚生労働省事業の調査結果より求めたところ、ベースライン値は 81.7% でした。こちらは、地域における歯科検診を更に推進する観点から、目標値を変更せず 100% のままとしてはどうかと考えております。

34 ページ、最後に、「15 歳未満でフッ化物応用の経験がある者」についてです。令和 6 年歯科疾患実態調査から求めたところ、ベースライン値は 69.8% でした。令和 4 年の値の減少は、新型コロナウイルス感染拡大の影響でフッ化物洗口プログラムを中止する学校等が多かったことが影響していると推測されます。一方で、令和 6 年の値は増加して持ち直していることから、目標値は現時点では変更せず 80% とし、中間評価時に改めて検討することとしてはどうかと考えております。

35 ページでは、これまで説明してまいりました、歯・口腔の健康づくりプランの各指標について、ベースライン・目標値（案）をまとめております。

36 ページ、目標値の見直しについてとして論点を上げております。歯・口腔の健康づくりプランの指標について、直近の歯科疾患実態調査等の結果をそのままベースライン値とすることとしてはどうかと考えております。また、目標値について、ベースライン値が現行の目標値を超えた次の指標については、令和 6 年の結果を踏まえて行った令和 14 年度の推計値を新たな目標値としてはどうかと考えております。具体的には、「よく噛んで食べることができる者の増加」について目標値を更新し、80% から 90% に上方修正してはどうかと考えております。

37 ページです。こちらに示した目標（「歯・口腔に関する健康格差の縮小」「歯の喪失の防止」「治療していないう蝕を有する者の減少」「より多くの自分の歯を有する高齢者の増加」「歯科検診の受診者の増加」）の各目標値については、直近の調査結果を踏まえた令和 14 年の推計値と 5 ポイント以上の差を認めたものですが、現時点では変更せず、中間評価時に再度検討することとしてはどうかと考えております。

最後に、今後、歯・口腔の健康づくりプランにおける参考指標のベースライン及び目標値を検討していくにあたり、どのような視点が必要かを御議論いただければと思います。

下のほうに今後のスケジュールを示しております。今回で告示に示す指標のベースラインと目標値を決定し、健康日本 21(第三次)と重複する項目は、地域保健健康増進栄養部会へ報告・協議する予定です。また、次回は夏頃を予定しており、参考指標のベースラインと目標値の決定を行い、その後、自治体等へ周知する予定です。

38 ページは、説明は割愛します。

39 ページです。最後に、健康日本 21(第三次)の「歯・口腔の健康」に関する指標のベースライン値及び目標値(案)についてです。

40 ページ、再掲ですが、歯・口腔の健康づくりプランの指標のうち、健康日本 21(第三

次)の歯・口腔の健康の指標と重複しております「50 歳以上における咀嚼良好者の割合」において、ベースラインとなる調査の結果が 81.3%であり、現行の目標値 80%を超える結果となりました。そのため、令和 6 年度の結果を踏まえた令和 14 年の推計値は 89.6%だったことから、目標値を 90%と更新してはどうかというものです。

41 ページから 43 ページについては令和 6 年に行われた各種調査等の結果について再掲しており、こちらの方を資料として地域保健健康増進栄養部会へ提出しようと考えているところです。説明は以上です。

○福田座長 丁寧な御説明を頂きありがとうございます。よく分かりました。ベースラインの値を追加し、目標値の再推計を行ったということです。更新の提案がある指標、あるいは、5 ポイント以上の差がある指標を示していただきました。まずは、御質問から受けたいと思いますが、何か質問がある委員はいらっしゃいませんか。もしいらっしゃれば、お手を挙げて御発言を頂ければと思います。いかがでしょうか。

○福田座長 山本委員、お手が挙がっております。どうぞ。

○山本(秀)委員 すみません、日本歯科医師会の山本ですが、よろしいですか。幾つかの所では、いわゆる直線回帰の推計値を出していないではないですか。これ、ポイントとしては、要するに 3 点以上あれば、これは直線回帰を作ってもいいという考え方でやっているということでもいいのですか。

○福田座長 それでよろしいでしょうか。

○田上補佐 おっしゃるとおりです。

○福田座長 3 点以上値があるものに関しては推計を行うことになっているかと思います。三浦委員からもお手が挙がっております。どうぞ。

○三浦委員 山本委員からの御質問で、御指摘のとおりで、線形回帰で求めています。ここで用いているのは主として直線回帰で用いている形で、直線回帰モデルを成立させるためには 3 点ないといけないということになります。あと、歯科の場合は毎年得られるデータが大変少なく、4 年ごととか 5 年ごととか、そのようなタイミングでのデータが多くなりますので、どうしても 3 点しかなくて推計すると振れ幅が大きくなるということで、今回、推計した結果と前回推計した結果が若干差異がある形になっているのは方法論によるところが大きいかとは思いますが。あと、3 点あっても、決定係数が低い場合は、そのモデルにうまく当てはまらず、将来予測ができないことになるので、その場合も使うことができない形になります。以上、方法についての補足でした。

○福田座長 ありがとうございます。特に「障害者・障害児が利用する施設での過去 1 年間の歯科検診実施率」等々は、数値があるけれども決定係数が小さいということで今回は採用していないということだったと思います。ほかに質問、あるいは何か御議論したいことはございませんか。

○大城委員 よろしいですか。

○福田座長 大城委員、どうぞ。

○大城委員 60 歳以上の根面う蝕ですが、これまであまりデータとしては取られていないもので、歯科疾患実態調査でも令和 4 年と令和 6 年から始まっているので、あまり歯科のほうでも意識をされていないのですが、こういう目標になってくると、割としっかり取る、若しくはしっかり認識されるということで、もしかしたら今後、ちょっと数値としては増えていってしまう可能性もあるのかという気もするのですが、その辺はいかがお考えでしょうか。

○福田座長 なるほど。事務局、いかがでしょうか。

○山口補佐 ありがとうございます。大城先生のおっしゃるとおり、そこに注意が向くことによって根面う蝕の有病者を多く拾いあげてしまうことはもちろん考えられるとは思いますが、まだ、令和 4 年と令和 6 年の値しか出ていないため、現時点で判断は難しいと考えます。中間評価である令和 10 年度に実施する歯科疾患実態調査の結果を踏まえて、検討したいと考えております。

○大城委員 ありがとうございます。

○福田座長 根面う蝕は新たに作られた指標ですが、注意して見るようになるため、ひょっとしたら値が上昇するのではないかという意見でした。中間評価時に再度見直し、注目しておきたいと思います。ほかはございませんでしょうか。相田委員からお手が挙がっております。どうぞ。

○相田委員 今の点、大変重要な御指摘だと思います。ほかの指標でも、例えば歯周病で問診票が変わったら CPI 4 mm 以上だけ増えてしまったという事例もあるので、もっともな御指摘だと思うのです。未処置う蝕は従来どおり取っていると思うので、根面う蝕の指標に併せて、高齢者における未処置う蝕が同じように増えているかどうかというのも一緒に併せて見ることで、全体の傾向がどうかというのが幾らか推測はできると思うので、そういう方法もちょっと傍証的ですがあるかと思います。

○福田座長 ありがとうございます。分析方法につきましても御指摘いただきました。平野委員からお手が挙がりました。どうぞ。

○平野委員 丁寧に御説明いただきまして、ありがとうございます。老年歯科の立場からです。今のこのベースラインで、調査の仕方、リソースはこの実態調査であったりするので、それはそれで粛々と目標値を設定してというのは、私は理解をさせていただきました。現場で根面う蝕が問題になるのは、やはり要介護高齢者の方々であったりしますので、要介護の方々の受診ができているかどうかというのみではなくて、次のステージでちょっと踏み込んだ部分もチェックしていただければと思います。また、指標に関してのボリュームゾーンも様々な統計がありますが、既にもう 60 代を超えているところがあるので、そういう視点も今後、必要なのではないかと思います。あと、機能系で、40 ページの、ほかの所でも色々ありましたが、50 歳以上の咀嚼良好者の割合が 90% ということで、これはそういうクエスチョネアで進めておられるので、こういう数字で推計値もこの設定でよろしいかとは思います。

あえて、その一方でという言葉を使わせていただくのですが、今、例えばオーラルフレイルであるとか口腔機能低下症という病名を、特に口腔機能低下症を病名として頂いているところですが、地域在住の高齢者で口腔機能低下症の有病率を見ますと、これは外来に來ているわけではなくて地域在住の高齢者です。疫学調査で、65 歳から 69 歳で約 3 割該当します。後期高齢者になると 4 割、85 歳になると約 7 割の方が口腔機能低下症に該当するというデータもあるのです。その一方で、42 ページを見ると、50 歳以上における咀嚼良好者の割合は極めて高いのです。

何を言いたいかというと、例えば、医科で言えば高血圧、自分は高血圧ですかというのを、それを診断するのは、やはりある程度の基準値があって高血圧かどうか見ると。今、口腔機能低下症に関しては病名になっておりますので、御自分の主観ももちろん大事ですが、自分は食べられているのだけれども実は、というようなアンマッチの所を洗い出す仕掛けも今後必要になるのではないのかと思っています。歯の本数であれば間違いなくカウントできるので、それは問題ないと思うのですが、機能系というのは自分の主観のみではなかなか適切に判断できず、非常に柔らかいお食事が多い中で、食べにくくなったと自覚する段階では、相当機能低下が進んでいる状態なのではないのかという気がします。この目標値うんぬんということではなくて、健康づくりをしていくときの仕掛け作りとして、今後ちょっと御検討いただけたら有り難いと思った次第です。以上となります。

○福田座長 ありがとうございます。新たな指標への可能性をお示しいただいたのかと思っております。告示指標については変更が難しいため、今後、議論するのであれば参考指標の所で対応する形になっていきますか。いかがでしょうか。

○小嶺課長 事務局です。告示指標の指標自体は、これは告示で決まっているので、告示指標自体の変更は難しいのですが、必要に応じて参考指標で議論する余地はあると思います。その一方で、参考指標にするにしても、データソースを何にするかということが一番問題になってきますので、これは、最終評価のときにも課題になっていました。口腔機能の所を何で評価するのか、どういう項目で評価していくのかという評価指標がないことがやはり一番難しく、第二次の基本的事項も結果として、今までの指標でということになっています。

そういう意味で、今後に向けて、こういった調査項目で口腔機能の低下を拾っていくのかということは、これは老年歯科医学会に取り組んでいただきたい宿題ということにもなるかもしれませんが、今後、御議論いただく必要はあるかとは思います。頂いた御意見を踏まえながら、次の参考指標の議論の際に指標を足すのか、若しくは、次への宿題ということで、関係学会で検討を更に進めていただくことのかということとは、こちらでも検討させていただきたいと思います。よろしくお願いします。

○福田座長 ありがとうございます。相田委員からもお手が挙がりました。どうぞ。

○相田委員 今の点、ひょっとしたら、実は 2 つの論点があったのかと思うのです。今、オーラルフレイルは非常に重要な問題で、高齢化でオーラルフレイルの方が増えていると

いうのがあると思うのです。こちらの嚙ミングの指標は年々改善していつているというのが、何か私も違和感があったのですが、よくよく見ると、こちらの指標は年齢調整なのです。ですから、高齢化の影響を受けないわけです。例えば、8020 が成功して 20 本以上の人が増えていきますとよく言われるのですが、一方で、高齢者の人口が増えることで 19 本以下の人数はすごく増えているのです。私は以前、老年歯科医学会の総説で書かせていただいたのですが、要するに、8020 という年齢調整と同じ意味の指標で見ると年々改善しているのですが、高齢者が増えることで 19 本以下の人が増えているというのが実はあったけれど、年齢調整のほうばかり見ていると、そちらが全然見えなくなるのです。こちら「噛める」は年々改善していつて、年齢調整ですから高齢化が進もうがその影響は全くないので、20 本以上の人の割合が増えれば増えるほど噛めるという人が増える側面もあるでしょうから、あのような改善をしてくると思うのです。

です。で、経年的にトレンドを見るときには、年齢調整をしないと、どのような指標も高齢化の影響を受けてしまうから、何をやっても改善しなくなってしまうので、で年齢調整をするのはいいのですが、現在オーラルフレイルが重要だとか、そういうことはちょっと見えなくなるので、そこが何か齟齬、違和感の原因かと思いました。これは、問題の捉え方の違いとか、何を見るかの枠組みの違いなので、同時に両方をやるのはすごく難しいので、その場面その場面に応じたものが必要かとは思いました。

○福田座長 ありがとうございます。指標の見方、貴重な御意見を頂いたと思います。ほかはございませんでしょうか。三浦委員からお手が挙がりました。どうぞ。

○三浦委員 この咀嚼の評価法という部分ですが、先ほど小嶺課長から御発言があったとおり、第一次の段階から客観で取ったらいいいのではないかという御意見を専門委員会の先生方からこれまでも受けてきたところです。ただ、この計画については、各自治体は国のプランを基にしてそれぞれ評価項目を設定するということがありますので、全国で広く取得できるものがデータソースにならざるを得ないところです。そのため、客観式でも、ある程度主観的な要素を入れざるを得ないのかと考えます。100%客観でいくのが一番望ましいところなのですが、そのような指標を、できれば学会から御提案していただければ、すぐには活用できなくても、今後、それが実際に使えるものであるならば、先ほど小嶺課長がおっしゃっていたように、中間評価の段階で指標を追加したケースは健康日本 21(第二次)でもあったかと記憶をしておりますので、そのような対応で参考指標に入れることはできるかと考えます。その実績をもとにして、その後に告示指標にすることも将来的にはできるのではないかと思いますので、是非、日本老年歯科医学会から積極的な御提案をしていただけると研究班としても大変有り難いかと思いました。ありがとうございます。

○福田座長 ありがとうございます。各学会への宿題も頂いたかと思いますが。平野委員からも手が挙がりました。どうぞ。

○平野委員 よろしいでしょうか、平野です。三浦先生、ありがとうございます。本当にそのとおりだと思います。例えば根面う蝕は、う蝕とした場合に診断をしたわけなのだと

思います。それがフィードバックされて今回のこのデータになっています。う蝕もそうでしょうし、歯周炎もそうだと思います。口の機能に関しても病名として挙がって、今その診断基準が提示されているので、それをそのままフィードバックする方法も私はあるのではないかと思います。もちろん、主観評価でクエスチョネアでなるべく広くできるものとして、OF-5 (Oral frailty 5-item Checklist) というものも、3学会(日本医学会、日本歯科医学会、日本サルコペニア・フレイル学会)で作りまして、ある程度エビデンス性の高いものですので、そういったものをまた御検討いただく機会があれば御提示してまいりたいと思います。本当にありがとうございます。

○福田座長 ありがとうございます。様々な客観的指標を定期的かつ国民レベルで把握する仕組み作りが必要と思っていました。ありがとうございます。ほかにございませんか。いかがでしょうか。それでは今回、論点ということで 36 ページから幾つか論点を頂いています。こちらのほうに移っていきたいと思います。

36 ページを御覧ください。今日の論点ということで、まず 36 ページに 2 つあります。歯・口腔の健康づくりプランの指標については、結果をそのままベースライン値にしてはどうかということですが、ベースライン値につきまして何か御意見のある先生方はいらっしゃいますか。よろしいですか。ありがとうございます。それでは、ベースライン値として、直近の歯科疾患実態調査等の結果を載せていくこととします。

2 つ目です。目標値について、ベースライン値が現行の目標値を既に超えた指標が 1 つありまして、「よく噛んで食べることができる者の増加」という指標です。こちらは既にベースライン値が現行の目標値を超えたので、目標値の見直しをしたいということが事務局案として出ていますが、こちらはいかがでしょう。大丈夫ですか。ありがとうございます。それでは、90%を目標値として見直すことといたします。

37 ページ、こちらに挙げてある指標は 5 ポイント以上差異が認められている指標になっています。こちらは三浦委員からもありましたように、今回、推計に使用した値が前回と違うところもあって、値がブレている所もあり、若干、下回ったりあるいは上回ったりで 5 ポイント以上があります。今回、ここで修正するのは時期尚早のため、中間評価までそのままとしてはという事務局案だと思いますが、いかがでしょうか。この時点で変えておいたほうが良いという方はいらっしゃいますか。いかがでしょう、大丈夫ですか。それでは、こちらは 5 ポイント以上の差がありますが、今回、修正せず、次回の歯科疾患実態調査等の結果を見据えて、再検討するという事で皆様に御同意いただきました。

4 つ目は、参考指標のベースライン及び目標値を検討していくにあたり、どのような視点が必要かということですが、少し補足していただければと思います。

○田上補佐 ありがとうございます。先ほど、例えば時代の流れに応じて追加検討していくものがあるという御意見を頂いたところですが、追加でほかの先生もございましたらよろしく願いいたします。

○福田座長 ありがとうございます。小松原委員から手が挙がりました。どうぞ。

○小松原委員 健保連の小松原でございます。ここで皆さんにお聞きしたいのは、前回、第一次のときにコロナによって歯科疾患実態調査ができずに評価不能が多数あったと記憶していきまして、それに対する改善策をどこかで議論しているのか否か。またパンデミックみたいなことが起きたときに、全く評価不能になってしまうと、せっかく 10 年いろいろやっても何の結果も得られない形になるので、何か議論はしておいたほうがいいのではないかと思います、いかがでしょうか。

○福田座長 ありがとうございます。本当に大切な視点かと思います。こちら、事務局として何か御発言はありますか。

○田上補佐 ありがとうございます。歯科疾患実態調査は国民健康・栄養調査にぶら下がりで行うものですが、確かに新型コロナウイルスの影響でなかなか調査が進まなかったところがございました。新たな新興感染症の対策も含めて、調査の仕方などに関して今の時点で検討はしていなかったのですが、今、委員からありました御意見は大事な意見だと思いますので、今後、省内のほうでも検討していこうと思っています。

○福田座長 ありがとうございます。三浦委員から手が挙がりました。どうぞ。

○三浦委員 ありがとうございます。今、御質問があった点は大変重要な点です。研究事業の一つとして 2 年前の研究班「歯科口腔保健に関する実態把握および調査手法の改善のための研究」で関連研究を行いました。そのときにどういうふうに議論を進めたかというところ、歯周病について、今は CPI を使って測定しているものを、主観的なアンケートでどこまでそこに近づけるかシステマティックレビューをしたということで、ある程度の項目は、実態の全部ではないところですが、ある程度進行した歯周病に対しては、質問項目で、ある程度補完できる可能性はあるかもしれないというところを、先ほど言ったような形で、研究レベルですけれども探索をしたところです。

あとは、令和 4 年歯科疾患実態調査から根面う蝕の項目を作っていますので、令和 4 年度の厚労科研「わが国の歯科口腔保健の実態把握を継続的・安定的に実施する手法の開発のための調査研究」において歯科医院を受診している患者さんで調査した結果と令和 4 年の歯科疾患実態調査を比較することも、私たちの 2 年前の研究班にて分析を行っています。両者の結果が大きくは違っていなかったというのは、ひとつ代替できる手法が増えたとも考えられるのではないかと思います。これら過去の厚労科研等の知見で、ある方向性が代替指標に関しては見えてくるのではないかと、研究班側としては考えているところです。私からは以上です。

○福田座長 ありがとうございます。本田委員、どうぞ。

○本田委員 北海道の状況を伝えさせていただきたいと思います。歯科疾患実態調査の直接の内容ではありませんが、北海道として道独自の調査を実施していますが、口腔内の診査は行うことができません。行わないという方法を取っています。その代わり、今、三浦先生からお話がありましたように、歯周病に関しては、重症度の高いものは拾えるような調査項目を令和 6 年度から組み込んで、一応、北海道内のそういう重症度の高い歯周病の

方を出せるようにしており、２次分析という形で大学のほうに委託しています。令和６年度から新たな項目を加えた調査を始めて、令和７年度にその分析結果を道民の皆様にお伝えする形にしていたところです。歯科疾患実態調査の直接の話ではありませんが、一応、自治体のほうでもそのような取組をしていますということで紹介させていただきました。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。代替の方法として質問項目を活用する。あるいは、前は自治体の歯周疾患検診のデータを頂いたり、あるいは研究班を立ち上げて受診患者の調査をもとに推計をするなど、今回のコロナをきっかけに代替手段も幾つか上がってきていると思っています。ただし、体系的には議論していませんので、有事のときにはこういう指標を使うというのも、ある程度きちんと決めておいたほうがいいと思っています。何かほかにこの点で御意見等はございませんか。小松原委員、いかがでしょう。

○小松原委員 ありがとうございます。

○福田座長 ありがとうございます。小松原委員がおっしゃったように体系的にこの場合にはこうするということ、ある程度きちんと文章化しておいたほうがいいと思いました。ありがとうございます。山本委員から手が挙がりました。どうぞ。

○山本(秀)委員 ありがとうございます。日本歯科医師会の山本です。歯周疾患検診は、今度、歯周病検診マニュアル 2023 に準拠して実施されますが、標準的な検診票の中には根面う蝕の検査が入っています。いずれこれらの検査結果が医療 DX の関係で厚労省の方に全て数字が上がってくるような形になれば、かなり簡便にそれらを自治体ごとに評価することもできるようになると思いますので、厚労省の方々にも頑張ってもらっていて、是非、全国展開をしたいと私も思っていますので、よろしく願いしたいと思っています。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。先ほど参考指標として何か新たな視点等がないか事務局から求めたいというのがありました。今回、各学会等々からも御参加いただいておりますが、御発言がまだない先生方、いかがでしょうか。平野委員、どうぞ。

○平野委員 新たなということですが、第４の②「要介護高齢者の歯科口腔保健の推進」の所で、「要介護高齢者が利用する施設での過去１年間の歯科検診実施率」がありました。これは非常にいい取組というか、どんどん上げていっていただきたいところですが、今、要介護の一番の原因は認知症ですから、今日、日本医師会の先生も出ていただいているところですが、認知症に特化した施策は、医科のほうではサポート医であったり様々なものが動いている中で、歯科は認知症という冠りものを作る、作らないは別ですが、非常に大きな課題であると思います。要介護の中で歯科治療がなかなか遂行し得ない。8020 運動でたくさんの歯を残していても、まことしやかに「歯がないほうがいいのではないか」というキャンペーンも張られている今、認知症になっても、しっかり口のケアのサポートシステムが成り立っていくために、要介護には様々な原因があるので、認知症以外の方はいいのかという御議論もあるかもしれませんが、かなり多くの方が認知症になりますし、安心・安全で、せっかく 8020 運動で、85 歳以上が認知症のボリュームゾーンで

すから、結局、残したけどその歯が邪魔になって抜かれていく、抜いたほうがいいのではないかといった議論にならないように、何かそういう仕掛けもあってほしいと思います。つまり、目標値を作っていただけたらと思います。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。認知症の方に特化した指標をというのもひとつの提案であるということです。ありがとうございます。佐原委員、どうぞ。

○佐原委員 日本医師会の佐原でございます。私、別の会議でオンラインを使った歯科検診、歯科診療の取組の委員会にも出ていますが、正に高齢者施設で、オンライン歯科診療が役に立つのではないかという議論がされています。私も高齢者施設の運営をしているのですが、どうしても連れて行くのは難しい方もいますし、歯科の先生に来てもらっているのですが、なかなかお忙しいということもあります。歯科衛生士の方に来ていただいて口腔内をオンラインで撮影しながら歯科の先生に検診してもらうというオンライン歯科診療がすごく役立つのではないかと。そこで本当に必要な方にはきちんと治療する。そういうような対策と併せれば、高齢者施設での歯科(健)検診実施率は高くなってくるのではないかと考えて聞いていました。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。医科の先生から貴重な御意見を頂きました。ありがとうございます。まだ御発言がない方で、日本口腔衛生学会や日本歯周病学会からも先生方に来ていただいていますので、まず山本先生、いかがでしょう。御意見でも感想でも構いませんので。

○山本(龍)委員 今回初めて参加させていただいて、ちょっと私が気になったのは、PDCAサイクルに沿った歯科口腔保健に関する取組の実施という所です。市町村で、例えば歯科の専門職がない所、規模の小さい市町村などは恐らく歯科口腔保健の事業が十分にはなされていないところが多いと思います。我々は、随分前の厚生労働科学研究で、市区町村の歯科事業で効果的な事業があったかどうか調べて、県に歯科の担当者がいるかどうかや、市町村の予算規模であったり条例の有無など、いろいろな要因を入れて分析したら、市町村で効果的な事業が行われている所は、歯科衛生士という専門職がいますし、歯科医師会や病院など関係する所とコラボレーション、つまり協力し合ってやっている所は効果的な事業ができているという結果が出ています。つまり小さい市町村にどれぐらい手が届いているかが重要だと思います。恐らく厚生労働省が考えているのは、各都道府県に市町村の御指導をお願いしますということだと思います。指標として、都道府県でどれぐらい市町村にPDCAが回るような指導が出来ているか、指導できている都道府県の割合とか、つまり全都道府県で市町村の指導をして欲しいわけですが、都道府県でどれぐらい市町村に指導しているか、助言をしているかということも中間の指標として入れてはどうかと思います。都道府県から市町村に具体的なPDCAの回し方などを教えてあげる仕組みが進むといいかなと思います。大学のほうは、認証評価でPDCAが回っていないと大学の認証が取り消されるので、今、必死で回していますけれども、そういった形で市町村でも回るように何か仕組み作りができてそれを評価する指標があればいいかなと思いました。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。人材育成に関して、研修の実施等も含めて指標化できないかという御提案だったかと思います。ありがとうございます。市町村という発言が出ましたので、前田委員から何か御感想なり御意見を頂ければと思います。いかがでしょう。

○前田委員 ありがとうございます。今、歯科口腔保健事業というお話がありました。事業を推進していく上で目標値は非常に重要かと思いますが、目標値を達成するためには施策をしっかり展開していかなければいけないところがあると思いますので、目標値の設定に当たっても施策がどのぐらい展開できていくのか。そういうところも併せて見ていく必要があると思っていますので、その辺りは中間評価に向けてというところになるかと思いますが、目標値の設定だけでなく施策というところについて、どういったところにしっかり力を入れていかなければいけないのかも、併せて検討できるといいのではないかと思います。

○福田座長 ありがとうございます。より大きな見地から企画、運営、評価を含めた指標もあり得るのかなと思って聞いていました。ありがとうございます。吉成委員から手が挙がっています。いかがでしょう。

○吉成委員 先ほど来、歯周病の話がたくさん出てきているのですが、まず検査に関してですが、生涯を通じた歯科健診ということに絡みまして、厚労省から学会に依頼を受けて、今、意見書を作っております。その中で薬機法の承認又は認証を得ている歯周病の診断補助に活用し得る体外診断用医薬品を見直し、これらを学会としてコメントを出そうというふうにしています。2026 年 5 月現在において、体外診断用医薬品は 9 品目が存在しますが、そのうち 6 品目は全て、唾液中の血液成分であるヘモグロビンを検出するものです。ヘモグロビン検出ツールは、唾液中に混入した血液成分、すなわちヒトヘモグロビンを検出することで歯肉出血の有無を評価するものであり、非侵襲的かつ短時間で測定可能である点が特徴です。そういうふうな意見書を今月中にオープンしたいと思っていますので、また皆さんの参考になればと思っています。また、内容に関して資料の 17 ページの所に歯周病に関することの指標と目標値が載っています。その中で 10 代における、あるいは 20 代～30 代における歯肉に炎症所見を有する者の割合があったかと思います。これを私はすごく興味深く見ていたのですが、この目標値が 10 代では 10%、20 代～30 代では 15%ということで、この下がり値は、正確に分析はできない段階ではあるのでしょうけれども、もう少しシビアに目標設定をすれば、この 40 歳以上というのに響いてくる。引きずるような感じがして、そちらのほうの効果が相乗的に出て健康づくりプランが、より進むのではないかと思ったというのが感想です。また、そんなところも考えていただければと思っています。取りあえず以上です。ありがとうございます。

○福田座長 ありがとうございます。非常に貴重な御意見かと思います。重点的にやるべき年齢層だと私も思いました。ありがとうございます。武藤委員からも何かございますか。

○武藤委員 ありがとうございます。皆様の御意見を伺い、事務局から大変丁寧な御説明を伺いました。歯・口腔の健康づくりプランの目標が定まり、各地方自治体がそれに向かって施策を考えていく流れは十分理解できました。先ほど委員の先生方からも御指摘のあった要介護高齢者が利用する施設での過去1年間の歯科健(検)診実施率が、私も在宅診療に携わっていた経験上、実態として非常に低いなという肌感覚がありましたけれども、これはしっかりとしたデータを基にされていることも承知いたしました。

そこで、目標値が50%になっているところは、もう少し高くしてもいいのではないかと思います。目標値を高くしないと施策も付いていかないのではないかと思います。

そして、健診のあり方も同時進行でいろいろと検討している中で、ICTを使った方法であったり、歯科衛生士が歯科医師の健(検)診につなぐような役割を担うことで様々なことにも歯科衛生士も参画できるのではないかと感じたところでした。

○福田座長 うまくまとめいただきまして、ありがとうございました。そろそろお時間も迫ってまいりましたので締めたと思いますが、何か言い残したこと、更にもうちょっとということがあればお受けしますが、いかがでしょうか。大体、御意見は頂きましたでしょうか。よろしいですか。ありがとうございます。それでは、本日の議論は終了させていただきたいと思います。最後にスケジュール等について事務局から一言お願いしたいと思います。事務局、よろしくお願いいたします。

○小嶺課長 事務局です。スケジュールをお伝えする前に、本日、先生方には御迷惑をおかけして大変申し訳ありませんでした。記録は残っていますので、頂いた御意見は整理をして議事録等も御確認いただきます。こちらでも再度整理をして次回以降の議論に生かしていきたいと思っています。また、様々な御提案を頂きありがとうございました。次回以降もございますので引き続き、よろしくお願いいたします。本日は御迷惑をおかけして申し訳ございませんでした。

○福田座長 本日は、これにて閉会といたします。皆様方、ありがとうございました。