

第3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2月15日(金)

15:00～

場所 TKP新橋汐留ビジネスセンター ホール401

○江藤推進係長 定刻になりましたので、ただいまより、第3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。構成員の出席状況ですが、小坂構成員より途中参加の御連絡を頂いております。また、本日は参考人として、日本障害者歯科学会の弘中理事長、日本歯科保存学会の松尾理事長にお越しいただいておりますので御紹介いたします。まず、日本障害者歯科学会の弘中理事長でございます。

○弘中参考人 障害者歯科学会の理事長を拝命しております弘中と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○江藤推進係長 次に、日本歯科保存学会の松尾理事長でございます。

○松尾参考人 日本歯科保存学会の松尾と申します。徳島大学におります。よろしく申し上げます。

○江藤推進係長 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、座席表、委員名簿のほか、資料1、資料2、委員提出資料、参考人提出資料1-1、1-2、参考人提出資料2、参考資料、もう1枚、机上配布資料をお配りしております。乱丁、落丁等が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、よろしくお願いいたします。

○三浦座長 皆様方、年度末のお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。そして、これまでの本ワーキンググループでは、多様かつ有益な御意見を多数、頂いていたところです。今日も忌憚のない御意見を頂きたく、お願い申し上げます。本日は、前回からの宿題でもありました障害児・者のう蝕対策の問題、そして成人期のう蝕、特に、既にできてしまったう蝕の重症化予防の観点からの議論に加えて、さらに報告書作成の取りまとめに向けた議論集約を図っていきたいと思います。本日の大体の進行予定ですが、前半部では主として資料の御説明を頂き、説明の後にディスカッションをさせていただくという形をとりたいと思います。したがって、御質問等はまとめて受ける形になりますので、プレゼンテーションをされる委員の皆様方、どうぞよろしくお願いいたします。それでは、まず事務局より資料1について御説明をよろしくお願いいたします。

○青木歯科口腔保健専門官 事務局です。右肩資料1、第1回及び第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における主な意見、を御用意いただければと思います。こちらの資料につきましては、過去2回のワーキンググループにおける皆様方の御意見を事務局のほうで整理させていただき、まとめさせていただいたものです。簡単にカテゴリーごとに、どのような御意見を頂いたか御紹介させていただきたいと思います。

1. う蝕の現状(全般)についてです。日本の未処置う蝕の有病率は、世界と同じぐらいの水準で高い。国民生活基礎調査からも、どの年代においても歯の病気は高い有病率になっている。疾病負荷でみると、歯科疾患は低くなく、わが国は世界の中で高い水準にある。歯科保健事業の成果が測れるよう、歯科も定点でよいので、定期的なデータを集めることが必要。このような御意見を頂いております。

2. う蝕対策についてですが、(1)う蝕対策(全般)についてです。わが国だけではなく、論文のレビュー等により、諸外国の効果的なアプローチの情報を収集することが必要。う蝕は単一因子の疾患ではなく、個人レベル、ファミリーレベル、コミュニティレベルの影響があり、さらにヘルスケア・システム、コミュニティ・オーラル・ヘルス、ソーシャル・キャピタルの影響を受けるという概念で捉える、ということが国際的に認知されてきている。健康格差を縮小するためには、配慮あ

る普遍的対策が重要といわれている。社会経済的に苦しい状況にある人がより大きなベネフィットを得るとともに、社会的状況が良い人は少ないがベネフィット自体は得るといったアプローチがよいのではないか。このような御意見を頂いております。この関係の御意見を1ページから2ページまでで、整理させていただいています。

(2)とくに乳幼児・学童期のう蝕対策等についての意見です。2ページ目の後半です。C0を含めたデータを把握し、その分布形を踏まえた分析が必要。歯科疾患実態調査における低年齢の調査対象者の確保が課題。ハイリスクの人数自体は少ない。ローリスクはノーリスクではないので、う蝕がない子どものう蝕の発生が多くなるという、予防医学のパラドックスがある。健康格差というと二極化してハイリスクの対策が強調されがちであるが、ローリスクの人も含めなければ、全体としての病気の予防ができない。このような御意見を頂いているところです。

4ページ目を御覧ください。(3)とくに成人期・高齢期のう蝕対策等についてです。う蝕の割合は、40歳以降は減少しているが、80歳以降は増加している。根面う蝕も含めて増加しているのではないか。成人の歯科受診は、低所得者ほど受診していない状況がある。成人期、高齢期になると根面う蝕が出てくるが、データの把握が近年できているのか疑問。このような御意見を頂いております。

同じ4ページ、3. 障害者のう蝕予防対策についてです。(1)障害者のう蝕の現状等についてですが、定期的に口腔管理が行われている障害者もいれば、歯科受診してから10年経つ障害者もあり、口腔内の状況は、大きな疾病格差、健康格差が生じている可能性がある。障害者の施設で歯科健診が行われているか、又は施設が指定した歯科医師がいるのかを調べたところ、精神の施設で定期的に歯科健診している所はゼロ、知的、肢体については、約2割で定期的に歯科健診が実施されていた。歯科健診の実施状況のデータは必要。精神、肢体、知的障害者の歯科保健のデータが少ない。行政ベースの障害者に対する対策は主に医療・歯科医療である。フッ化物応用やシーラントが可能な障害のある子どももいる。歯科治療が必要になると、歯科ユニットに座って治療を受けることが極めて難しくなり、かつ、通院の保護者の負担も極めて大きなものになってしまう。このような御意見を頂いております。

5ページ目の中ほど、(2)障害者のう蝕対策についてです。障害者等に対する歯科保健医療をどのように展開していくのか、関係学会の取組等も踏まえ、検討する必要がある。障害者の歯科健診で、かかりつけ歯科医がいるところといないところでは、未処置のう蝕の状況に差がある。海外では障害者や貧困者の歯科保健サービスへのアクセスみたいなものを指標に入れている。障害者や貧困者の受診などを確保していくことは重要。障害者関係施設における歯科健診や職員研修等への口腔衛生の取組の充実が必要。特に、成人の障害者や通所施設の利用者も歯科保健事業の主たる対象として考えていくべき。このような御意見を頂いております。

同じページの下のほうになります。4. う蝕対策に係る目標・指標についてです。予防可能なう蝕から全ての子どもを守らなければならないという視点が必要。健康格差の縮小を図る政策の方向性として、例えば、多数歯う蝕の子どもをゼロにすることを目標として検討してはどうか。6ページです。成人期・高齢期のう蝕は、根面う蝕の対策が重要。障害者等に対する歯科保健の指標として、例えば、社会的弱者に対する、歯科保健サービスへのアクセスの割合がよいのではないか。このような御意見を頂いております。

6ページ目、5. 国民等への歯科口腔保健に関する情報発信についてです。糖尿病は予備軍を含めて2,000万人といわれるが、う蝕は4,000万人が未処置。また、ある保険者では、成人の歯科医療

費の支払いが多かった。こうしたことをアピールすることが重要。ポピュレーションアプローチをするためには様々な関係者の方の理解が必要。歯科以外の関係者の理解を得るためには、歯科以外の関係者からも理解が得られやすい目標と、どういった成果が得られるかを分かってもらうことが重要。成人の歯科健診の受診を促すためには、健康経営の観点で様々な団体が共同してアピールすることも必要。このような御意見がございました。

最後に、6. その他です。健康増進計画は都道府県に義務付けられているので、歯科保健計画についても少なくとも都道府県・保健所設置市には義務付けてもよいのではないかと。現状、行政の歯科医師、歯科衛生士は、ほとんど教育委員会、障害者・高齢者担当部局には配置されておらず、健康づくり部局との連携の確保が課題。部局間横断的な事業執行体制を構築するために、行政歯科技術職員の柔軟な活用を検討していくべきではないかと。行政歯科技術職員の役割を転換していくことが必要。従来、乳幼児歯科健診やフッ素塗布の実施要員として配置されてきたが、政策立案能力が必要になっている。行政歯科医師、歯科衛生士の人材育成指針を保健師や栄養士と同様に国が策定する必要があるのではないかと。このような御意見を頂いております。

過去2回で委員の皆様方から頂いた意見につきましては、資料1にまとめさせていただいたとおりです。事務局からは以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。これまで頂いた意見に対してタグ付けをすることによって、見える化を図ったというところでございます。見ていただいておりますのとおり大変多く意見を頂いたところと、それほどの分量ではないところといろいろございます。この議論が少し不足しているところは、また後半のディスカッションで皆様方の意見を伺った上で補填をしていきたいと思っております。ありがとうございます。引き続き、事務局より資料2について御説明をお願いいたします。

○青木歯科口腔保健専門官 資料2、市町村における歯科疾患予防事業等調査についてを御用意いただければと思います。前回、第2回のワーキンググループの際に、市町村の取組についても調査をしたほうが良いのではないかとということで、今回、資料2にまとめさせていただいたような調査を実施することを予定しています。

目的ですが、歯科口腔保健法に基づく基本的事項の中間評価において、各ライフステージにおける実態把握や、歯科疾患に係る健康格差の縮小に向けたエビデンスに基づく効果的・効率的なポピュレーションアプローチの推進、要介護者や障害者の歯科口腔保健に関する実態把握、及び関係部局が連携した取組の推進等の必要性が示されているところです。今回の本調査につきましては、全国的な歯科疾患予防対策の状況等を把握し、今後の検討を行うための資料とすることを目的として、実施させていただきたいと思っております。時期としましては、本年3月に実施することを予定しております。

調査項目(案)ですが、3.に記載させていただいたとおり、大きな項目としては、(1)歯科疾患予防対策として、乳幼児期の法定健診以外の歯科健診事業、歯科健康相談事業・普及啓発事業、う蝕予防対策、歯科口腔保健に関する研修事業、こういった内容について調査を実施していきたいと考えています。また、(2)障害者に対する歯科口腔保健対策について、(3)要介護者に対する歯科口腔保健対策についても、調査を実施していきたいと考えています。現段階で調査項目については、こういったものを調査してはどうかと考えています。本日、委員の先生方から、こういう視点も必要ではないかという御意見を頂きながら、あとは調査に回答いただく都道府県や市町村の方が回答可能か否かの観点、御負担の点も含めた上で、最終的な調査項目を決定していきたいと考えています。

事務局からは以上です。

○三浦座長 御説明、どうもありがとうございました。委員の皆様方から頂いた御意見を基に、早速、調査のほうへ結び付けたというような状況でございます。また、今、事務局から御案内がありましたとおり、内容についても、ここがあったほうがいいのかという御意見がありましたら、また後半のディスカッションのところで忌憚のない御意見を頂きたいと思っておりますので、併せましてよろしくお願いいたします。先ほど申し上げましたとおり、事務局の説明、参考人と構成員の皆様方からのプレゼンテーションをノンストップでやらせていただき、その後、まとめて質問をお受けして後半につなげるという形をとりたいと思います。大変、御面倒をお掛けしますが、何か質問事項等がありましたら、メモ書き等をしていただき、後でお聞きいただければと思っております。よろしくお願いいたします。

続きまして、これから先、3つのプレゼンテーションをしていただきます。最初に、資料の順番どおり、委員提出資料として、小児のう蝕対策について木本構成員から御説明を頂きます。よろしくお願いいたします。

○木本構成員 それでは、お手元の資料、小児のう蝕対策についてと題されている資料を御覧いただければと思います。こちらは、現在の小児のう蝕の罹患状況と、実際に私ども小児歯科を専門にしている医療を提供する側の現状ということで、少しお話をさせていただきます。

資料1 ページ目の下段にあります年齢別う蝕有病者率(乳歯)、これは歯科疾患実態調査報告より作成したものです。各年齢とも、う蝕は減少しているという昨今の状況です。これは、就学期を迎える6歳ぐらいまでの状況を1987年から記したのですが、直近の2016年と1987年を比べると雲泥の差があります。ただ、年代が近くなってくると減少率は頭打ちというか、余り減少していない状況が見えてきています。そろそろこの部分で変化の少ない部分になってきているところです。有病者自体は減少していますが、ある一定のところでは少し止まっているような状況が見受けられます。

2 ページ目、これは1人平均う歯数(乳歯)で、同じ年齢1~6歳のものを記したものです。これを見ていただくと、当然、確かに乳歯列が完成する3歳ぐらいまでは激減しております。1人平均0.3、0.4歯まできているところなのですが、4歳以降、乳歯列が完成すると、口腔内に存在する期間が長くなってまいりますので、1人平均う歯数も年代とともに上がってきています。また、年齢が高くなってくると減少率自体は小さくなっています。直近のものでは6歳で少し上がってしまっている。そこも少し変化が少なくなっているような状況です。

一方、3ページの年齢別う蝕有病者率(永久歯)ですが、これは年齢を少し上にシフトさせて5~12歳のものを記しています。これは確かに有病者も減ってきているのですが、これも乳歯のときと同様に6歳を過ぎて第一大臼歯が萌出してきたところで上がってきています。この時期は当然、永久歯が生えてくるわけですが、直近の2011年、2016年の8歳前後の所を見ていただくと、ちょうど第一大臼歯が萌出して萌出を完了する頃に少し減少率は低くなってきていて、大体、10%強というところで小学校高学年ぐらいまでの間、推移しているという現状です。

4 ページは、1人平均う歯数(永久歯)で12歳までのものを記しています。昨今、この歯科疾患実態調査とは別に学校保健統計の調査によっても、12歳児は0.8歯ぐらいまで減ってきていますが、これをよく見ていただくと1人平均う歯数は、過去2回、3回ぐらいのところでは減少するスピードが一定になってきていて、そろそろここが限界なのかなというところまで来ています。よく12歳児の学校保健統計では、0.7歯、0.8歯と示されるのが多いですが、ここで見ますと1人平均う

歯数はかなり減ってきています。有病者率の減少とこの1人平均歯数の減少率からすると、有病者自体は減ってきていますが、1人平均歯数からすると変化が余りないということは、当然、本当にう蝕がない子供もいますが、う蝕を持っている子供は実は結構な本数を持っている。全体で平均してしまうと減っているように見えますが、二極化しているという現状が見え隠れしているところが分かります。特に小学校低学年ぐらいの7歳、8歳ぐらいまでですと第一大臼歯が中心になってきて、う蝕予防を我々は医療で提供しているわけですが、高学年になってくると直近のデータでは実は余り減っていないのが現状です。これはライフスタイルが変化してまいりますので、歯科医を受診する率も、この部分では少し減ってきているという現状が背景としてあることが分かります。

5ページのグラフは、よく皆様が資料で目にするようなもので、未処置う蝕と処置終了歯、う蝕有病者率のグラフです。下のほうを見ていただくと乳歯だけの時代と永久歯が生えてきて混合歯列になる時代と、12歳以降の永久歯だけになる永久歯列の時代とあり、これで考えますと、混合歯列のところでは、当然、乳歯のう蝕は罹患したものが脱落してまいりますので、学童期の小学校高学年になると減ってきますが、12歳を境にしてこれがまた上がってきている。未処置う蝕も処置終了歯も上がってきているということは、う蝕経験歯数は当然上がってくるということで、年代とともに、う蝕の経験歯数は上がってしまっているのが現状だということです。ですから、学童期においても中学に入ってライフスタイルが随分変わってくるところが、1つの転換期という考え方で、ここも少しポイントとして、う蝕対策を考えていかなければいけないところになります。

6ページに表がございます。これは医師・歯科医師・薬剤師調査から抽出したのですが、医療施設に従事する歯科医師は、現在、全国で10万人余りというところですが、上の段は標榜歯科の診療科名ですが、歯科が9万件余り、矯正歯科が2万件、小児歯科が4万件、歯科口腔外科が3万件弱、その他臨床研修歯科医が数千名いらっしゃる。このような診療科を標榜されているという実態が、この内訳です。複数標榜されている方がいらっしゃいますので、トータル10万人の歯科医師がこのような標榜診療科名を持っているところですが、

下の段ですが、これは広告可能な歯科医師の専門性に関する、いわゆる専門医と言われる資格を持った歯科医師数です。これを見ていただくと、歯科医師が10万人いるのに対して、口腔外科専門医が2,000名、歯周病専門医が1,200名弱、歯科麻酔専門医が400名弱、小児歯科専門医は1,200名、歯科放射線専門医が200名弱となりますので、大体、5%ぐらいの歯科医師が専門医の資格を有していますが、専門医の資格を有していない歯科医師のほうが圧倒的に多い。これは医科とは全く逆のパターンで、医科の場合には50%以上が専門医を取得している状況ですので、全く逆転したような数となっています。

7ページを見ていただくと、これは私どもの大学のデータでちょっと古いのですが、6年ほど前に幼稚園児を対象に、その保護者に対して「子どものかかりつけ歯科医を決めていますか」と質問したものです。大体、7割ぐらいの保護者の方は自分の子供がかかる歯科医を決めている。当然、同じ歯科医にかかっていることが分かってきました。

8ページを見ていただくと、そのお母さん方に「小児歯科専門医を知っていますか」と聞いてみますと、「知らない」と答えた方が85%、「知っている」と答えた方が14%でした。これから6年ぐらい経っていますので、この比率は若干上がってきているとは思いますが、他のデータを見ますと、小児歯科専門医を受診されている方でも、標榜医と専門医の区別が付いている方は半分の50%ぐらいというデータも出ています。これは一般の開業歯科医を受診されている方がメインですか

ら、これくらい認知度はまだ低いというところが見えてきました。

9 ページのグラフは、私どもの学会で小児歯科専門医の資格を持っている先生の都道府県別分布を示したものです。歯科医師の数自体が都道府県でかなり違いますので、そのことを鑑みても専門医の数は全国でばらつきがあることが分かります。特に山梨県では専門医がゼロですし、う蝕が多いと言われている沖縄でもたった2名しか専門医がおられませんので、かなりその分布には差があります。

これと重ね合わせるという形で、実は次の10ページのグラフを見ていただきますと、各都道府県の歯科医師数が青い棒です。オレンジのラインは何かと言いますと、これは各都道府県での専門医の比率です。これを見ていただくと東京などは歯科医師の数が多いですが、専門医の比率としてはそれほど高くない状況になっています。これは何を申し上げたいかと言いますと、患者さん側から小児歯科医を選ぼうと思ったときに、当然、多くの方は専門医を取得しているかどうか見分けがつかみませんので、小児歯科を標榜されている先生方の所を受診することがメインになってまいります。専門医の比率は一般的には全平均で1.2%ですが、全歯科医師の40%、4万件ぐらいが小児歯科を標榜されていますので、その中で専門医に当たる確率は全平均で3%ぐらい、ですから、97%の比率で標榜されている先生に、小児歯科医療を提供する側の負担を担っていただかないといけないというのが現状なのです。

こういう事実がございまして、私どもとしましては11ページにお示したように、これはう蝕が減少したとなっていますけれども、二極化をしているという事実がまずあるというところなのです。ですから、国民に向けて小児歯科の医療を提供する中で、それが標準的な医療なのか難しい医療を提供するのは別としても、これはかなりの割合で標榜されている一般開業医の先生方に、この部分を担っていただかなければ、歯科医療のレベルは上がってこないというところなのです。これは予防も含めまして、当然、子供に特化した予防の仕方というところも、ほとんど開業されている先生方にお任せせざるを得ないという状況になります。ですから、かかりつけ歯科医師を持つということがまず第一です。昨今、妊婦歯科健診もかなりの行政機関で広まっているところもございまして、妊娠中あるいは出産前から親子を含めたオーラル・ケアを開始することが必要だと考えています。

また、ここにお示ししませんでしたでしたが、昨年、保険医療に導入された口腔機能発達低下症に関する機能面のケアにつきましても、専門医の数からしても、標榜されている先生方にその部分を担っていただくところが多くなってきます。あと、昨年末に成立した成育医療等基本法が、これから具体的にどのような形で国民に向けて、その医療を提供するかというところの柱になってくる場所ですので、そこも含めまして、生涯を通じて健康で過ごすためには、出生前からの医療も重視していかなければならないと考えています。ここまでが私のプレゼンテーションとさせていただきますと思います。

○三浦座長 どうもありがとうございました。歯科保健統計のみならず、小児の歯科保健サービスを支える専門医の状況までを包含していただいたプレゼンテーション内容でございました。引き続きまして、参考人提出資料1-1の障害者のう蝕の状況等について、本日、参考人としてお招きしている弘中先生に御説明をお願いいたします。弘中先生、よろしく願いいたします。

○弘中参考人 では、資料のほうをよろしく願いいたします。我が国は平成26年に国連の障害者権利条約に批准しておりまして、その条文の中で、「障害を持つ方も到達できる最高水準の健康を享受する権利を有する」ということを述べております。そのため、いわゆる健常者と言われてい

る方たちの状況等を加味して、我が国でも障害者のう蝕状況の対策をしなければならないと切に願っております。

まず、1 ページの下段のほうにありますように、現在の「障害者歯科の状況」と書かせていただいております。今のところ我が国の内閣府のほうでは、障害者を知的、精神と肢体の3つに分け、実はそこにもう1つ、難病というのがあるのですけれども、実際にはその口腔内の特徴としまして、知的障害による口腔清掃の困難さと口腔内の不潔。実際に、一番ここが我が国でも非常に対策が遅れているところでありまして、軽度の知的障害の方の場合には、自立できている部分も多いので、なかなかサポートが入りづらいという傾向があります。逆に肢体不自由の、特に四肢麻痺のある脳性麻痺の方の場合には、サポートが必須となっていますので、実際には非常にカリエスもコントロールされているケースが多いのですけれども、知的障害の方の不潔の状況に関しては、非常に問題があります。

2 番目に染色体異常。実際に我が国の障害者の内閣府の白書によりますと、全人口の7.4%ほどと言われておりますけれども、約500から1,000人に1人ぐらいの確率で、染色体異常の子供さんが生まれてきております。そこに伴う歯・口腔の形態異常のところと、歯列不正が生じているという形。また、これはいろいろな障害の方もあるのですけれども、著しい偏食や過食、また反芻、嘔吐によって、う蝕リスクの増大があるということ。また、摂取嚥下機能の低下、又は発達不全による食事時間の延長や食物の停滞が、口腔内の特徴として挙げられております。

障害者治療の特徴ですけれども、実は1番目の所が非常に大きなポイントでありまして、痛みや症状のある歯や種類、程度が分かりづらい。自ら訴えてくる子供さんが非常に少ないという形がありまして、見過ごされているケースが非常にあります。ある一例では不機嫌になっているから、何か抗てんかん薬の増量をしたり、鎮痛剤等を打ってみて、しかし実は最終的にはう蝕が非常に進んでいて、歯の痛みからくる不機嫌だったというようなケースもありました。そういう程度が非常に分かりづらいという形もあります。

2番目はそれに続く形ですけれども、過敏、あるいは過剰な反応、あるいは無反応のために、判定や予測、う蝕が非常に進行しているのだろうかということの予測が非常に困難であるということ。また、年齢は高いのですけれども、歴齢ではなく発達の段階に応じた対応が不可欠ですので、16歳だからといって、逆に言うと、いわゆる分別が付くという形ではないこととなります。

また、染色体異常によって成長や予後の予測が困難ということがあります。また、原疾患に伴って歯科治療のリスクが高いということもあります。これは、いろいろな疾患の方がいらっしゃるのですけれども、内服されている方も非常に多く、それに伴いシロップ、その他、いわゆる糖質を含めたものを服薬の補助剤として使用しているケースもありまして、う蝕のリスクというのが非常に高まっているという形もあります。繰り返しもなりますけれども、清掃自立度が低いため、定期観察のほうが必要で。

次のページをお開きください。実は我が障害者歯科学会のほうで宿題研究としまして、小笠原正先生のほうが日本障害者歯科学会の会員の15施設、こちらは歯科大学病院6施設、障害者施設の歯科2施設、あるいは口腔保健センターの5施設、あとは会員の歯科医院の1施設で調査され、5年以上経過観察した15歳以上の障害を持っている方の実態を調べました。ですから、非常に管理されているであろうというデータだと思っていただければと思います。

下段のほうに行きまして、すみません、図1の左側の所が「0、1、1、2、2」になっているのですけれども、これは「0、0.5、1、1.5、2」という形にお直しいただければと思います。大変失礼

いたしました。水色の所が参考ですが、ちょうどこのときの平成 17 年歯科疾患実態調査の年齢の未処置歯のグラフになっております。御覧のように定期管理をしていますと、各疾患のところでも未処置歯の歯数というのは減っているということがあります。ですから現在、歯科口腔保健法でも問題となっております検診がしっかりと行き届いていれば、未処置歯の歯数が少なくなっているということが期待されます。

次のページにいきます。各障害における年齢群の処置歯数です。やはり定期的に管理していますと、40 歳代までには歯科疾患実態調査とほぼ同様の傾向を示すのですけれども、実は 40 歳以降に処置歯数がかくんと落ちてくるような形になります。脳性麻痺だけは一部除外という形になります。理由は下にありますように、Down 症候群は歯周疾患を特徴とするケースの疾患で、当然ですけれども歯の喪失がありますので、処置歯数のところが現在歯数から消えてきて、自閉症あるいは脳性麻痺は非常に噛み込みとか歯ぎしり等が多いので、実際には、そちらの処置のところがうまくいっていないというのが現状です。

過去、先ほど木本構成員がおっしゃっていましたように、重症心身障害児というのは 20 歳ぐらいいままでに亡くなるケースが多かったのですけれども、昨今の医療、あるいは歯科治療の技術の向上において、非常に障害者が長生きするというとも言われております。その分、実は非常に問題点がありまして、成人の場合ですと、義歯のように補綴処置が可能ですが、補綴をすればするほど支台を持っている歯のほうで動揺して、どんどん歯が欠損していってしまうというような状況が出てきますので、なるべく自分の歯を長くキープさせるということが、非常に障害者歯科学会の大きな課題だと思っております。

それにおきまして、別添の資料、本学会のほうから「障がい児・者歯科検診マニュアル」というものを作成させていただきました。御存じのようにライフステージに伴って、低年齢ですと母子健康手帳の票、学校の就学期になりますと児童・生徒の健康診断票、あるいは成人になりますと歯周疾患検診等のものがありますが、長いスパンで診るケースが多いということもありまして、乳歯列から更に学齢期、そして成人期まで、ずっと長く評価できるような検診のものが必要なのではないかと、我々の学会では考えまして、その検診のマニュアルを作成させていただいております。2018 年のところから出しましたので、今後、本学会のほうでは、こちらの検診マニュアルをなるべく使っていきたいと思っております。

元の資料に戻りまして、7 ページです。実は都道府県の障害者歯科学会の認定医・指導医・専門医の表をスライド 6 に添付させていただいております。残念ながら、これも大きな課題ではありますが、地域格差、小児歯科学会さんと本当に同じだと思っておりますけれども、非常に大きな地域格差があります。折れ線グラフは障害を持っている方 1,000 人当たりの認定医・指導医・専門医で、これは合計数なのですが、それでどれくらい充足されているかということなのですけれども、1,000 人当たりで見ても、東京でようやくもう少しという形になっておりますので、まだまだ足りない地域というのが多くあります。

ですから、下にあります課題ですけれども、ライフステージに合わせて歯科保健、あるいは医療の対策を推進していかなければいけないということと、3 番目にあります障害者歯科に係る地域格差の是正があります。先ほどの、山梨県には障害者歯科学会の専門医がいらっしゃらなかったというのですが、こちらのほうには少しいらっしゃいますので、うれしいと思っております。

障害者に対する歯科検診の均てん化を行っていく上で、「障害者」という言葉は今、本学会の中でも議論が分かれています。確か宝塚市のほうが障害者の「害」の字を全国で初めて自治体で、妨

げると意味の「碍」という字に変えたということもありました。法律その他の用語で我々は、この「障害者」のほうが、逆に分かりやすいのではないかという形も考えています。また、逆に言うと、広く国民へ周知する必要性もあります。

先ほどの小児歯科学会さんでもありましたように、実は患者さんの団体のほうから1つだけ言われております。口腔の保健センターに行って標榜科を見てみると、小児歯科、歯科、矯正歯科、歯科口腔外科と書いてあるのですが、「ここは本当に、うちの障害を持っている子供を診てくれるのでしょうか」という、いわゆる標榜の問題も一部隠れているということがありましたので、これも付けさせていただきます。

障害者歯科学会代表としましては、いろいろまだ課題がありますけれども、一步一步進めていきたいと思っております。どうもありがとうございます。

○三浦座長 御説明どうもありがとうございました。障害者歯科学会がこれまで築き上げてこられたデータ、そしてこの度、上梓した歯科検診マニュアルも御紹介していただいたところです。また、御質問があらうかと思っておりますけれども、まとめて後ほどお受けしたいと思います。

引き続きまして参考人提出資料2、むし歯の病態と治療について、参考人である松尾先生、御説明をよろしく願いいたします。

○松尾参考人

参考人の松尾です。招致していただきまして、どうもありがとうございます。歯科保存学会は、もちろんう蝕もメインにしております。う蝕の病理、病態、診断、診断法の開発、治療法の開発、全てカバーしております。それでここに呼ばれたと思っております。前の議事録を見ていると、何かブレインストームの中から問題点を抽出したという、そんなイメージがあるのですが、何か違和感を感じます。これは「なぜう蝕対策か」というところの基が分かりにくいので、何のためにやっているワーキンググループかというのが、なかなか分かりにくくなっているからだと思います。

今、口腔機能、口腔管理が健康寿命の延伸に寄与できるということがだんだんエビデンスベースで分かってきました。う蝕/う蝕治療を考える上で、健康寿命という観点から考えた方が良いのではと思います。う蝕を治療することによって歯が保て、それで健康寿命の延伸に寄与できるという観点から行った方がい良いのではないかと思います。ブレインストームにしても各々専門があるので、何のためにやっているのかという点がはっきりしないと、なかなか議論も進まないのではと危惧します。

以上を念頭に置きまして、エビデンスがあるう蝕の治療は何かというようなこととお話しすることが求められているのではと思いますが、保存学会ではう蝕ガイドラインというのが2009年に出しております。現在は治療法を選択する上でその根拠は何か、その根拠のエビデンスはどのぐらいのレベルかが問われるところです。なお、保存学会では第2版が2015年に出しております、どんどん進んでおります。

例えば根面う蝕の治療で、グラスアイオノマーセメントとコンポジットレジンでは、どちらが良いとか、そういう情報が求められていると思いますが、それを述べてもあまり意味はないのではと思われます。このう蝕ガイドラインは永末書店で売っており、また、保存学会のホームページからダウンロードできますので、どうぞ活用していただければと思います。

まず、う蝕というのは何かというところ、要するにう蝕を治すとは何かというところをしっかりと押さえないと効果のあるう蝕対策はできないのではと思います。未処置のう蝕があったから、これは治さないと駄目だと、そういう議論ではなく、これは放っておいてもいいじゃないですかという観

点からの対策も重要ではと思います。例えばがんなどでも 90 歳のおじいさんがゆっくりした進行のがんにかかったら、「どうぞ、お墓まで持って行ってください」というのは十分ある考え方で、そういうところから何が大切なのかというところを考える必要もあるのではと思います。一般にう蝕と診断したら歯を削るう蝕治療しか思い浮かびませんが、別な方面から行くと、う蝕があっても歯が保てばいいのではないかと、機能すればいいのではないかと、そういう考え方が出てきてきます。実際、これからそうなるかと思えます。今、ハンディキャップの方々の話もありまして、これから寝たきり高齢者の方々の治療なども、きっとそういう考え方になってきます。

そのときに何が大切なのかということ、私が述べるのがこのワーキングの趣旨に沿っているかどうかは疑問に思うのですが、この観点でスライドを見ていただければと思います。

まず、むし歯というのは基本的に感染症です。感染症とは何かというのをちょっと話さないといけないのですが、割愛しまして、プラークの話をして、これは隣接面のプラークを走査型電顕で見たものですが、こういうのは 1mm、2mm 違ったら様相が全然違うことが分かります。これはたまたま、この人がこうだったというだけの話で、人それぞれ異なります。普通、感染症というのは、結核になったら結核菌、今は非常にはしかが流行っていますけれども、やはりはしかのウイルスというように原因菌（ウイルス）があります。しかしう蝕が特異的な細菌による感染によって発症するかどうかというのも疑問のあるところですね。

次のページをめくってください。これは私の患者さんの抜いた歯ですが、隣接面にう蝕があって、右の写真はそれを切断したところですね。咬合面にもう蝕があります。それを組織学的に見ると、下の左の図になります。象牙質にこんな形で黒いものがずっと中に入っております。この断面を見ると三角形をしているのですが、実際は円錐形をしているというので「う蝕円錐」という言葉で話されます。

右のページの上を見てください。黒い所が、細菌が侵入した所です。円錐かということ、全然円錐とは違います。実はう蝕というのは、左の下のスライドを見ていただければ分かりますが、上はぐじゃぐじゃになっているのですが、ちょっと先に行くと象牙細管という小さな管があって、それに沿って細菌が入ってくる、そういう感染症なのです。歯というのは免疫学的に非常に特異的な場所です。血管がないため免疫から隔離されているのです。だから細菌の侵襲が全然止まらずに進んでいくわけですね。

下の図は私も作ったスライドです。象牙細管 3 本に細菌が入っています。これはブラウン・ブレンというグラム染色の一種ですが、一番左の青っぽく染まったものがグラム陽性菌ということで、これは桿菌です、真ん中のがグラム陰性の球菌ではないかと。右の細菌は何か分かりませんが。その周りを見ても象牙細管はあるのですが、細菌は入っていません。要するに、細菌が入っている象牙細管と入っていない象牙細管があり、しかも入っている細菌の種類も違えば、う蝕はこういう病態なのです。う蝕というと何かむし（細菌）の入った歯を想像しますが、もっと細かく見ると全然違うことが分かります。

○三浦座長 先生、ちょっと時間が押しているようですので、よろしくお願ひします。

○松尾参考人 分かりました。それでは、次のページにいきます。また、いつでもお話ししますから。これが今回問題になりました根面う蝕で、左がそうです。上は先ほどの隣接面う蝕のところ、どんな細菌がいるかというのを組織学的に抗体を使って調べたものです。Sm というのがミュータンス菌で、Ss というのはソブリナス菌、SS がサンギーニスという菌です。

右のほうにいきますと、上のほうがセメント質という所で、下に「pulp」と書いていますのが歯

髓側です。そこの所を切って見たのですが、全然、咬合面や隣接面のものと様相が異なるということがよく分かります。だから咬合面う蝕と根面う蝕が一緒の病気かどうかとも怪しいと思われれます。それは、侵入細菌が違うからです。

その下のグラフが、実際にどんな細菌がいるかということを示したものです。3色あるのはセメントに近いほうから歯髄に近いほうまでということで、ここを見ると Av と書いていますけれど、これは Actinomyces Viscosus という放線菌です。それが根面う蝕に多かったのがうちの結果です。緑がディープで深い所です。

ちょっと先にいきます。う蝕治療で歯をどこまで削って取ったらいいかという問題です。感染症の治療というのは基本概念として体に侵入した細菌を除去する、これが治療法です。細菌がいなくなったら治ったというわけです。それでは、どこまで取ったらいいかというので、そこに4つ書いてあります。一番上がう蝕検知液です。次が歯質の硬さ、次が知覚です。4番目が Pigmentation とありますけれども、着色という、細菌が出す色素、要するに茶色く見える所です。

①が、今、よく使われるう蝕検知液です。これは佐野先生の論文ですが、う蝕検知液で染まる所を全部取ったら、細菌が取れるのだという根拠になったデータです。右のも写真は私のところで検知液を指標にう蝕を除去したもので、染色部を全部取ったのですが取り切れていません。これはどちらのデータが正しいという話ではなくて、う蝕を取っても取り残しは当然あると思ったほうがいいというデータです。では、現在の治療法ではう蝕は治らないのかという微妙です。臨床的に取り残した細菌が問題になるかという、きっと問題にならないと思います。

「むし歯の治療とは」と書いてあります。むし歯の治療というのは、削って詰めることではないというのを、やはり患者さんにもよく理解してもらわなければ駄目です。1つは感染症としての治療とあって、削っての外科的処置です。細菌を削って取り除く。あとは詰めるとは何かといえば、要するに噛めるようにするというので、リハビリテーションという概念に当たります。だから感染症の治療というのであれば、削ったところで仕舞と、そういうことです。

実際問題、残った細菌をどうするかというのが、そこに書いてあります。「Sealed Treatment of Caries」とは、要するにレジンボンディングシステムで、残存細菌と象牙質と一体化し細菌を不動化しようという考え方です。一般にインレーで治してもセメントで細菌を封じ込めてしまったら、その細菌はどうなるかという、きっとそのままで行くと思います。これが再活性化しないかという問題はあるのですが、そのときはきっと微少漏洩という、また別個の問題になってくると思います。その次は ART という、これはタンザニアであった 1980 年代辺りの話で、エキスカベータで取って、残った所でもガラスアイオノマーセメントで詰めたら保ちますという研究があって、長く保つかどうかは別として、これもいくということです。

それで最後のスライドです。今後のう蝕対策ということで、人生 100 年時代を迎え、「できるだけ自分の歯を失わず一生を過ごせるよう患者に寄り添って、口の機能を保っていく」ことが歯科医師の役割と考えます。この大きな概念を元にう蝕を考えることが重要です。要するにう蝕を削って全部取る必要があるのかという話にもなってきます。う蝕について発症・進行機構、発症要因を明らかにし、これを管理・制御することによってコントロールすることが対応になるのではと思います。実際、う蝕は発症しても進行を抑制することが可能です。う蝕も歯周病も手を掛ければコントロールは可能なのです。

今後の対応ですが、超高齢化社会の中、8020 達成者率も向上し、歯が残ることにより、残存している歯の根面う蝕が出てきたというのは当たり前です。結論となりますが、う蝕を治療し修復する

といった考え方を改め、疾患をコントロールするという考えに基づく対応が必要と考えます。ありがとうございます。

○三浦座長 御説明ありがとうございました。う蝕対策について、基礎的なところを包含していただいた御説明でした。1点ちょっと座長のほうから、確認させていただきたいと思います。学会の立場からのご説明だったか、それとも一研究者の立場からのご説明でしょうか。○松尾参考人 学会というのは、意見を集約し何かをするという役目もありますが、一義的には研究発表の場です。う蝕の病因や治療に関しては、実はいろいろ考え方やデータがあります。もし学会の立場でものが言えるとしたら、ガイドライン、これです。最初に申し上げましたが、学会の立場で提言できるのはガイドラインしかありません。今回お示ししたデータには私の分もありますが、他の人の発表データもありますので、それはその人が言ったと、そのように理解していただいて結構です。以上です。

○三浦座長 どうもありがとうございました。ここまでで事前に資料出ししていた説明を終えるところですが、本日も、机上に1枚、A4の裏表の用紙を配布したところです。こちらの資料につきましては、高野構成員からの御提供ですので、御説明を簡単にお願いいたします。

○高野構成員 時間も押していることなので、まず見た目が青と黄色の着色があるグラフ、着色・白斑等と書いてある方を表面にして見ていただければと思います。これを見ていただきますと同じように19歳までだと着色、白斑もあるのですが、未処置歯はかなり少ないです。それ以降は大体、1歯分相当は未処置歯として残ってしまうというのが、全世代で見えているのではないかと思います。そういう意味では、学校健診等で健診されて後に勧奨されたことで、治療されているのではないかと見てとれるのではないかと思います。すごく大雑把な話で申し訳ございません。20歳を超えてくると未処置歯が増えだし、着色・白斑は幾つかの年代のところでは上下しますが、35歳ぐらいまでのところは、だんだんとではありますが着色も減ってきているということです。また、う蝕だけではなく歯周病の影響などでも歯の本数も減ってくることなので、これだけの資料では大雑把なことしか言えないかと思います。

裏側はシーラント歯数の健全歯数ですが、これも同じように19歳までのところでは健全歯が多く、その後はどんどん減っていくということです。シーラントは意外にも結構なほどに、年齢とともに管理されながらも残っているのだと思ったものですから、気付きのためにということで資料を出してみました。以上です。

○三浦座長 これまでのワーキングでもシーラントについて、議論もしてきたところで、そのところを補足する資料の御提供を頂いたところです。

これまでの御説明で、事務局からは第1回、第2回の議論において皆様から出た意見をテーマ別のタグを付けて整理した上で、それらの議論の中から今後予定されている市町村向けの歯科疾患予防事業に対する調査について、企図しているという情報提供を頂きました。木本構成員からは、小児のう蝕に関して、先ほど申し上げたとおり、医療の提供体制も含めて専門医の状況も併せての情報提供を頂いたところです。弘中先生からは、障害者歯科学会のお立場から、障害者のう蝕の状況と学会が取り組んでこられている内容を御説明いただきました。松尾先生からは、ただいま御発言があったとおり、う蝕の病態と治療、今後のう蝕対策について、幅広い見地から御説明を頂いたところです。

これまで御質問を受けてこなかったところですので、これらの御説明に対してまとめて質問の時間を設けたいと思います。それぞれの先生方から御説明を頂きましたが、テーマによっては非常に

密接に関連しているところもあろうかと思えます。それらも含めて忌憚のない御意見を頂きたいところです。特に調査を3月に予定していますので、そちらについても是非、御意見を頂きたいと思えます。

○小坂構成員 資料2の調査について、2点お聞きしたいです。さっき話が出ました妊婦の健診をやっているような所があるのですが、そこも一応この中に入っているのでしょうか。

もう1つは、その他みたいなものを設けて、例えば生活困窮者自立支援の中で歯科衛生士さんが入っているような取組なども聞いてはいるので、市町村が把握しているかどうかは分からないのですけれども、市町村の独自の取組などもちょっと集められるといいのかなと思っています。以上です。

○三浦座長 事務局、よろしくお願いいたします。

○青木歯科口腔保健専門官 現段階で妊産婦、妊婦の関係は入っておらず、乳幼児の関係のみということになっています。そういった視点も含めて、少し調査票の設計を考えたいと思えます。また、御意見を頂いたその他の部分も含めて考えたいと思えます。

○三浦座長 ありがとうございます。

○高野構成員 今の関連ですけれども、妊婦だけではなくて、やはり配偶者も同じように感染症でうつすということを考えると、妊娠期の配偶者（パートナーを含む）の健診も可能ならば追加できればと思うのですが。よろしくお願ひします。

○青木歯科口腔保健専門官 妊婦と、自治体においてどういう事業をやっているかということになると思いますが、そういった視点も含めて少し考えさせていただきたいと思えます。

○高野構成員 一部の所では、配偶者もやっている所もあるみたいですが。

○三浦座長 ありがとうございます。そのほか調査にかかわらず、ほかのプレゼンテーションについて御質問を、是非、受けたいと思えますけれども、いかがでしょうか。

○眞木構成員 全般でいいわけですね。

○三浦座長 全般で結構です。

○眞木構成員 資料1から、まず1ページのう蝕対策についてという部分です。健康格差を縮小するために随分と言ってきた問題で当然挙がるかと思えますが、(1)の○の4つ目、「う蝕予防の3本柱は、ブラッシング、甘味制限、フッ化物の応用である」という所に、まず1つちょっと疑問を感じるのです。甘味制限に関して、国家レベルで言ったら、日本の砂糖の摂取量というのは他の先進国に比べて非常に低い。これは事実なので、本当にこれが関わっているのか。今までの疫学調査では、年間1人当たり16kgの砂糖消費量を超えれば、もう飽和状態にあるということで、どの国もほとんどう蝕の発病との関連はないというのが今までの疫学データです。したがって16kg以下というのは、途上国ぐらいしかないので、これは当てはまらないと考えます。ブラッシングに関して、本当にブラッシングによってう蝕予防効果を上げられたという論文がほとんどない、というのが現実です。ですから、やはり今のところ、予防の柱としてはフッ化物の応用が一番だと明確に位置付けるべきではないかと思っています。

その後、成人期・高齢期というのは、なかなか集団的アプローチができないので、フロリデーションが1つの課題。これは間違いありません。ただ、これは成人期・高齢者のみならず小児期においても同じ大きなメリットがあるということも、きちっと位置付けるべきではないかと思えます。

その背景にある、これも前回のプレゼンテーションで話したと思うのですが、本来、フッ化物の応用に関しては、栄養という考え方が根本的に重要なのではないかと。今は、局所応用は全て薬品としての考え方です。そうではなく、むし歯という病気、これを予防するための栄養という考え方、これが今の先進国アメリカ、イギリス、EU 諸国をおしなべてそうですが、ビタミンその他の栄養摂取と同じ位置付けがなされています。フッ化物の全身応用については、日本にもこれが必要なのではないかと思います。その上でのフロリデーション、フッ化物のサプリメント、これも日本にありません。その辺のところはキーポイントではないかと思ったところです。

2つ目が、4 ページの成人期・高齢期のう蝕対策等についてが一番最初の〇です。う蝕の割合は40 歳以降は減少している、80 歳以降は増加している、これは歯根面う蝕も含めてということなのですが、40 歳以降は減少しているのですか。有病者率だと調査年ごとに確実に増えています。この減少している意味がよく分からない。

あとは資料 2、先ほど小坂先生、高野先生の要望がありましたけれども、ここにもう 1 つ、前回の議論の中で明確に議事録を見ると書いてあるのは、フッ化物応用に対する反対論、誤解に基づくものという、これはかなり議論があったと思うのですが、こういう調査も 3 月に含めて調査していただければ、予防に関してはこの辺が根幹になるのかなと思ったところです。それと 3 月とは言いませんが、成人期・老年期の歯根面う蝕の疫学調査も欠かせないのではないかなと思ったところです。

木本先生のデータ、特に 2016 年度の 8、10、12 歳の有病者率がだんだん下がっているというのも、ちょっと。国家統計だからといって、採用していいのかという疑問。学校保健統計と全く別です。ですので、この辺がいかげんなものかなと。先生のプレゼンテーションの中で、かかりつけ歯科医、結構多いのですね、4 分の 3。その定義は何なのだろうと、いつも行っている所が同じだから、かかりつけ歯科医なのかなと想像したところで、これが本当に予防につながるのか。

最後に、木本先生も弘中先生も専門医の問題を出してきていました。小児歯科、障害者歯科の専門医の多い地域は、本当にむし歯が少ないと言えるのかなという疑問を持ったところです。単に大学の数と比例しているだけなのかという疑問があったものですから、以上です。

○三浦座長 幾つかの資料についての御質問があったところです。資料 1 についての御質問ですけれども、この辺りはこれまでの発言を取りまとめるときの書きぶりの問題も多々あろうかなと思うところなのですけれども、事務局から何かありますか。

○青木歯科口腔保健専門官 資料 1 につきましては、いろいろな文脈の中で委員の先生方が御発言されているものを、関係するカテゴリーごとに、先ほどの座長のお言葉をお借りすると、タグ付けして分類してここに整理をさせていただいたものです。前後関係が分からない形で、分かりにくいことがあった箇所については、事務局としておわびをしたいと思います。どなたかの御発言ということで今は載せさせていただいています。ただ、最終的に取りまとめる段階で、どういうようにまとめていくかというのは、いろいろ頂いた御意見を踏まえて考えるということになってくるかと思っています。

資料 2 の関係も併せて、事務局からコメントをさせていただければと思います。先ほど、いろいろな根面う蝕の実態調査の話も頂きましたけれども、まず、資料 2 については、自治体がどのような事業を実施しているかという調査を念頭に置いています。さらにその先で、そういう事業を実施した上でどういった効果があったなど、それぞれの住民の方の口腔内がどう変わってきたかということまでは、なかなか取り切れないのかなとは思っていますので、その辺の状況も含めて、調査票

の設計については検討させていただきたいと思っています。

○三浦座長 調査については、座長からも補足致します。あくまでも対策の実施体制のところにはウエイトを置くので、実際に根面う蝕の有病状況など、そういったものはまた別途検討すべき案件ではないかというところでは、これまでのワーキングでも、根面う蝕については、しっかりと検証すべき時期に来ているというところは、確認をしているところなので、また、そちらに関しては、歯科疾患実態調査に取り込むことができるのか、あるいは別のよう形にしたほうがいいのか、議論を深めていくような段階かと思えます。資料1の書きぶりについては、また事務局サイドで調整させていただくところかと思えます。その点、よろしく願います。

木本構成員のプレゼンテーションについて、2点ほど御質問がありましたので、回答をよろしく願います。

○木本構成員 御意見ありがとうございます。この歯科疾患実態調査の細かい数字までは、私どもはそこまでは重視していません。あくまでも傾向を見ているというところでは、ですから、有病者が減っているのだけれども、1人平均う蝕数はそれほど減っていないということは、当然、有病者の中では1人平均のう蝕数、保有しているう蝕がむしろ増えている、その集団がいるということを考えて、そこを捉えますと二極化しているという表現です。全体としては、う蝕の数は減っていますけれども、う蝕を持っている子供にしては、1人当たりのう蝕の本数が逆に増えている集団がいるという傾向があるなということが、ここから分かるというところでは、細かい数字自体が、どうこうというところは余り重視していません。と言うのは、先ほど御指摘があったように、学校保健統計とは少し数字が。

○眞木構成員 大分違いますよね。

○木本構成員 違ってきていますので。ですから、その中で二極化している根拠は何ですかといったときに、こういう傾向が見られますよという程度で収めているところでは、

それと、もちろん専門医がいるからう蝕が減っていることではないと思えます。集団の中で小児歯科の専門比率は1.2%です。小児歯科が標榜されている中でもせいぜい3%で、実際に大学に複数の専門医がいますから、それより小さくなりますので。では実際、それで何か効果を上げているかという、当然、その地域医療の中で本当に実力を発揮していただくのは、標榜されている地域の開業されている先生がメインです。そちらのほうが当然、大きな力を持っているわけでは、私ども、たった数%が頑張ったから、社会全体を変えられるかという、なかなかそこは難しいところでジレンマです。ただ、専門医の考え方からしますと、どうしても医療を提供する患者さんへのニーズに対応するためのものなので、社会に対する働きかけというのは、これからもっともっと広げていかなければいけない。ちょっと話題が異なりますが、歯科専門医機構というのが立ち上がり、国民への啓発をこれから始めるところですので、当然、標榜歯科医名と専門医が違うところからの啓発も取り組まなければいけない。

それから先ほど、先生のいい御質問で、妊婦健診、実はこれはすごく重要です。成育医療等基本法のこれからの具体的な施策の中で、やはり出生前から口腔の環境を考えていくことについては、非常に有意義な議論が出てくるのではないかと思います。私からもちょっと補足させていただきました。

○三浦座長 まだまだ御質問があろうかと思えますけれども、このまま続けますとディスカッションの時間がほとんどなくなってしまいます。せつかくの機会ですのでディスカッションの時間をある程度取りたいと思っています。したがって、質問はここで打ち切らせていただきまして、前

回が続いてディスカッションを行いたいと思います。前回までのディスカッションは、資料1に概要を取りまとめたところですが、ここを見ていただいております。非常に詳細な御意見を頂いた箇所と意外と記述が足りていないと思われる箇所があります。ライフコースアプローチの観点からは、なるべく多くの所に、ある程度均等な御意見を頂きたいというところがあります。そこで、特に不足している所を重点的に捉えて御意見を頂きたいところです。どこの辺が不足しているかと言いますと、資料1の4ページです。実は学童期に関しては、既に多様な御意見を頂いているところではあるのですが、成人期・高齢期のう蝕対策になりますと大きく記述が減るところです。学童までは非常に多くの知見集積もなされているところなので、御発言が多いのですが、少し議論に出てきました高校生、大学生を含むところは言及すべきところかと思えます。この辺りについても、基本的事項を更に推進していき、国民の歯科口腔保健状況を上げるというミッションを達成する上では、大変重要な観点かなと思っています。そのことについて、是非、御意見を頂きたいということです。

もう1つ、次の基本的事項の策定をにらむと、どのような指標を考えていくべきかということも、そろそろ議論しなくてはならないところです。中間評価が終わり、中間評価に基づいてPDCAサイクルを回して、対策を進めている途上ではありますけれども、その対策をしつつ、次のチームについてもそろそろ準備をする必要があります。そして準備をするためには、学会との連携というものが非常に大きなキーポイントということになってきます。

先ほど御意見を頂きました資料2に関係しますが、実際に行政でどのように歯科保健対策を提供していくのか、複数の構成員から既に業務指針の改定についての御発言を頂いているところです。そのようなところも、どのように計画等に落とし込んでいくのか、どのような文言をやはり入れなければいけないのか。

そのような3点について、御意見を是非、この機会に頂きたいと思います。なぜならば、次回の段階で報告書取りまとめに向けての議論ということになりますので、今回が幅広にいろいろな御意見を頂く最後に近いチャンスになります。積極的な御発言をお願いしたいと思います。

それでは、今、3点を挙げさせていただきましたけれども、成人期・高齢期のう蝕対策、加えて高校生、大学生を含むアプローチ。ここについて、御意見を頂きたいと思います。特にこれまでのワーキンググループの中で、高校生のデータをもう少し補足したほうがいいのではないかと、そのような御意見が多数寄せられていたと記憶しています。あと今まで余り挙がることがなかったところですが、空白の時期である大学生の状況というものも、学校歯科健診においては義務化されていないので、余りデータが上がってきていないような状況なのですが、ここについても対策を打つべきではないかという考えもあります。この辺りについて、御意見を頂きたいのですが、やはり学校が絡むと柘植構成員にまず御意見を伺いたいと思うところです。よろしくお願いします。

○柘植構成員 今、高等学校、大学のところの意見が少ないということがあります。高校についてのデータは、木本先生が出された資料の5ページですね、年齢別う蝕有病者の割合等、これが学校保健統計から出されたものなのですが、これの後半部分です。15歳、16歳、17歳といわゆる高校の部分になってくると、12歳から永久歯のう蝕はどんどん増加している。この先が、今、座長が言われたようにデータの無い部分、つまり法的に検診等がない部分になります。実際に医療実態調査を見ますと、歯科の場合は6歳から12歳くらいまでにピークが1回あって、18歳以降はがくっと下がってしまうのです。そして、また50、60、70近くになってもう1回ピークがある。それは以前に、第一大臼歯を治療する時期と、第一大臼歯を抜く時期に当たっているのではないかと話

をしたと思うのですが。そういうことから言いますと、40歳以降は節目健診ということで、一応、歯科健診も節目健診に当たっている部分があるのですが、18歳からは健診がない。これは制度的に非常に問題があるので、そこには1つ欲しいなというところがあります。

それから学習指導要領について、前回かなり御意見を頂きました。高校までは学校保健安全法に学校歯科医を置くという文言があるのですが、それ以降は、学校保健安全法には大学には学校医を置くという文章があり、その2の所に、大学以外の学校には学校歯科医、学校薬剤師を置くという文言になっています。ですから、大学には学校歯科医がいないものですから、大学での健診はほぼ行われていない。歯科大学でさえも、やられている所とやられていない所があるというのが現状です。それが、今の問題です。

先ほど木本先生が言われましたように、特に高校を卒業、あるいは大学を卒業した後は社会人になる、社会人になってしまうと、社会で自分が過ごしていく上で環境ががらっと変わることが多く、例えば中学から高校に上がるときに環境が変わって、高校生になってしまうとう蝕が多発してしまうという子がよく見られるということです。そういうことから言いますと、やはり高校の間に社会人になって自分で生活する上で大切なこと、あるいはフッ化物については、かなり意見が出ているのですが、そういうことをちゃんと自分で知って、自分でフッ化物が使えるような方法を取らなくてはいけない。

もう1つ、特に女の子の場合は母子保健の教育というの、非常に重要になってくると思います。今、高校、大学辺りの課題というの、大体そんなことかなと思います。

○三浦座長 ありがとうございます。先ほどの木本構成員のプレゼンテーションでの御指摘と、非常に通ずるところがあるのではないかと思います。高校生は1人平均う蝕数が出ていないので、ここが出ると、もうちょっと実態把握に役立つのではないかと思いますところなのですけれども、その辺りはいかがでしょうか。

○柘植構成員 う蝕の指標としては12歳時のDMFが使われるのですが、実は世界中で比較しようとすると、12歳時のDMFしかないのです。ほかの年齢のものがない。ですから、12歳時が重視されるわけなのですが、日本として別にほかの指標があっても構わないので、できれば、できるだけ法的に定期的な健診が行われることが望ましいかなというのがあります。そのほうが対策も立てやすいという部分もあります。

○三浦座長 ありがとうございます。日本は今、少子高齢化でライフスタイルも大きく変化しているという、そういった状況に合わせての柔軟な対応が必要ではないかという御発言だったかなと思います。

ほかに何かございますか。あるいは本案件について、関連して何かございますか。

○松尾参考人 私は毎日患者さんを診ておりますが、データがないといけない、データが要というのは確かで、必要だと思います。ただし、そのデータがあったときに、どのような対策を立てられるのかということが重要です。今までの対策の3本柱、ブラッシング、甘味抑制、そしてフッ素（私も実は眞木先生と一緒に、一番効果があるのはフッ素と思っておりますが）がありますが、一体データを出して何をするのかというところがもう一つはっきりしません。ある程度のハイポセスがないと次にも繋がらないのではと思います。次に調査することを今日初めて知ったのですが、その調査項目もどういう狙いで何をするか、ただ単に集めていても、その対策の3つ以外に何を取れるのですかとお聞きしたいと思います。私には、高校生がストレスが多いから歯医者に通いなさいとか、そういうのしか思い浮かびません。まず、それが1点。実はもうちょっと別な観点があるのですが、

それからお願いいたします。

○三浦座長 後でまた事務局から補足があるかと思いますが、今、国の施策はデータに基づいて目標値等を設定して、PDCA サイクルを回すという形で展開されているので、やはり全国規模のデータがあるというのが必要になってくるということです。これは歯科だけではなく医科も、全体を含めての対応策ということになりますので、その点、前提条件とさせていただきたいと思います。

調査については、今日初めてこの検討会で報告がされ、こういうことをやる予定の報告でございました。調査を企図した背景としては、これまでのワーキンググループで頂いた意見を踏まえて、事務局側でその意見を反映した対応をしたということです。あと何か補足を事務局からありますでしょうか。

○松尾参考人 毎日臨床に携わっている者としては、PDCA サイクルがあって、どれぐらい効果があるかということ、ちょっと疑問を感じます。というのが、今日配っていただきました未処置歯に関するデータですが、面白いデータです。未処置歯数がどのぐらいあるか。これは実はどの年代においても 20 年前のデータと余り変わらないのではと感じます。昔、オーラルヘルスケア学会がデータを出しています。それによると 5 歳ぐらいから 80 歳ぐらいまでのデータですが、どの年代を見ても未処置という帯び（数%）がずっとあるのです。年代により増えもしないし、減りもしません。

何が減るかということ健全歯数です。何が増えるかということ喪失歯です。それは、歯医者さんがこの未処置歯を治したら解決していくかという問題ではないことを示しており、しかも 20 数年前から言われているのです。

○三浦座長 時間も押しておりますので。

○松尾参考人 分かりました。だから、例えば治した所がどのぐらい二次う蝕になるか、どういう事態になっているかというのが問題となります。今の歯科医は初発のう蝕を治すことはあまりなく、前の治療の後始末をしている状態です。だからその辺を直さないと、この今のままで PDCA サイクルになっても、歯の喪失率はきっと止まらないと。ほぼ、私、断言いたします。以上でございます。

○三浦座長 それでは、各ライフステージ別のう蝕対策については、先ほどの高校生、大学生等、御意見を頂いたようなところを、またこのワーキンググループでも考えて、次の対応策を打っていきたいと思います。座長側で、是非、先生方に御意見を頂きたいと思っているところが、今後の目標・指標です。必要な指標がある場合は、今から準備しないと、なかなか良いデータが出せないのかと思うところもありますので、資料 1 の 5 ページの下の所の 4. う蝕対策に係る目標・指標について、どのような指標が望ましいのか。これまでの指標は、3 歳児、12 歳児を中心としたものでしたけれども、これまでの議論では高校生での指標もあっていいのではないかという意見が出されています。そして、データがない 18 歳以上のところも補填すべきではないかという御意見も頂戴しております。この辺りについて、自治体でも把握しやすい指標にするという観点が大変必要になってくるので、その点も含めて御意見を頂きたいと思います。いかがでしょうか。それでは、秋野先生、相田先生の順でいきます。

○秋野構成員 行政の秋野でございます。う蝕対策の部分の指標ですが、前回か、前々回かもしれませんが、私のプレゼンの中で、今日も、う蝕の二極化という話が出ておりました、やはり 1 人平均う蝕歯数では、もう二極化は見れないという状況があります。そうすると、私がその中でプレゼン

させていただいたのは、多数歯う蝕の方の人数と。若干手間は掛かりますが、行政、市町村は歯式を取っていますので、全部の統計を取るのは難しいのですが、何本以上とかであればそれを新たな指標というか、調査をすることは不可能ではないのかと思いますので、是非、御検討いただきたいと思います。

資料2、自治体の調査のことを、少しだけ言っておきます。都道府県に対する調査結果というのは、歯科保健課は持っていらっしゃるのですか、こういったことの調査の形は。

○青木歯科口腔保健専門官 事務局でございます。一昨年ぐらいに都道府県について、具体的な事業というよりは、例えば、条令とか、計画とかについての調査は実施しております。今回、実施させていただくような調査はここ数年、国としては実施していないと思います。

○秋野構成員 なるほど。では、やるかどうか御検討いただければと思います。(1)の歯科疾患の予防はいいのですが、多分、(2)と(3)の障害者とか高齢者の対策は、都道府県が結構頑張っている部分があるので、この辺りを調査する必要がないのかどうかを御検討いただいてもいいのかと思います。あと、要介護者の歯科口腔保健対策についても、後期高齢者の事業とか、介護予防の事業とかその辺もあるので、調査票は若干工夫が必要かなと思います。よろしくお願ひしたいと思います。取りあえずは、このようなところで。

○三浦座長 非常に具体的な御意見を頂きまして、ありがとうございます。多数歯う蝕の人数というのは、非常に興味深いところかと思ひます。相田構成員、よろしくお願ひいたします。

○相田構成員

指標についてですが、今の指標とか話に出てきた指標が、アウトカム指標に偏りすぎているのではないかと感じます。実際、行政の現場ではPDCAのために検査をしようということで、歯周病の状況なり、むし歯の状況なりを調査するということが多くありますけれども、結局それでマンパワーとか、予算を使ってしまって、対策にまで十分に手が回せず、対策としてポスターを配るかみたいな話になってしまって、効果が全然ないみたいなことが多分、日本全国の行政で実際あることだと思うのです。

私が勤めさせていただいている宮城県では、たまたま別の調査のアウトカム指標を使ったので、その検査をなくすことにして、その分を対策にしようということをやったりしています。このような考え方を使えば、例えば、高校生のDMFは分からないと言えば分からないのですが、歯科疾患実態調査である意味分かんと言えば分かるわけですね。であれば、実際の対策として、例えば未受診の率が高いことに関して目標にするとかすれば、それを減らそうという流れになるわけです。歯科受診を促すにはどうすればいいかという対策になるわけです。また、先ほどからお話が出ているようなフッ化物洗口や、フッ化物配合歯磨剤を使った歯磨きを学校でやっているかといった指標でやれば、実際、治療の前の予防の段階でどうなるかということ指標にできるわけです。しかし、そういうプロセスの指標が今はほとんどないので、そこを増やして、逆にアウトカム指標に関しては歯科疾患実態調査なり、各地の調査なりでやられているものを使うことで、ただでさえ行政に少ない歯科職種、これが潤沢にあればいいのですが、その少ないマンパワーを対策に使う、そういう方向を、もうちょっと重視すべきではないかと思ひました。

あと、健診については、これは歯科に限らないのですが、最近、OECDが、日本では結構無駄な健診が行われていて、逆にエビデンスのある対策が余り行われていないところがあるのではないかと指摘して、それを日経新聞などが、つい最近大きく報道していました。御存じの方もいらっしゃると思ひます。そういう流れがあつて、先月の日本疫学会などではインプリメンテーション・サイエ

ンスをどうしていくかということが、かなりシンポジウムで大きく取り上げられていました。歯科もそうなのですけれども、医科でも多くのことが何をすれば効果があるかというのは結構分かっているけれども、実際できないということがハードルになっているということが多くありますよね。例えば、子宮頸がんワクチンなども、少数の反対の声が非常に大きいので、行政の方とかは戦々恐々としてしまうというのはあると思います、宮城県などでもそういうのがあります。

あと、がん検診も実際に効果があるがん検診と、ないがん検診があって、実際どう効果があるのをやっていくかという話があって、歯科で言えばフッ化物洗口なり、フロリデーションをどうやっていくかみたいな話がきっと重要で、そうすると、先ほど柘植先生から、自分でフッ化物なども使える知識があるかみたいな話がありましたけれども、フッ化物洗口やフロリデーションの知識を持っている人がどういるかみたいな、そういうのもひょっとしたら指標になり得るかもしれません。実際どうやっていくか、インプリメンテーションのことをちゃんと考えていくというのが大事ななと思いました。

○三浦座長 具体的な御意見を頂きまして、ありがとうございます。基本的事項は、その討議の中でどうしてもアウトカム指標が主体になったのですが、実際に動かしてみても、アウトプット指標をもうちょっと欲しいというのは、各自治体からも頂いているところです。その辺りは向き合っていく必要が次のタームではあるかと思えます。あと、既存資料をうまく活用して、自治体の負担を軽減しつつ、効果的な施策を打てるような体制づくりというのは非常に重要な観点かと思えます。では、小坂構成員。

○小坂構成員 補足でございます。何か指標を作るときにいろいろな考え方があると思います。いろいろなゴールの付け方の指標なども海外でよく言われていますが、1つは、例えば、私が県などでいろいろな指標の評価をするときに、全然県が事業としてやっているわけではないのに、たまたま数字が良くなったとか、悪くなったみたいなものを評価させられるのですが、そういうのは無意味だと思っています。要するにエビデンスがあって、しっかりとした対策があるものというのを基本にするというのが1つの考え方だと思います。それと、学童期などライフステージに応じて指標を設けていくというのも1つの考えです。

もう1つは、一次予防、二次予防、三次予防、今日、いろいろ参考人の先生方が多分、三次予防の話がされたのかなと思っていたのですが、必ずしも今回の指標には乗ってこないのかなというのが感想です。アメリカなどでも、例えばシーラントの率がどのぐらいとか、そういう一次予防なのか、二次予防なのか、三次予防なのかという観点からの指標設定。それから、もう1つは、社会的弱者みたいなところの健康格差に係る指標を、是非、1つ入れてほしいと思っています。以上です。

○三浦座長 最後の弱者の健康格差の指標の設定が、最初の基本的事項を立ち上げるときも非常に悩ましいところでして、なぜならば、統計データが殆どなかったからということです。この辺りは是非、弘中先生、そして、要介護高齢者の歯科保健対策に対して造詣が深い武井構成員からも御意見を頂きたいと思えます。まず、弘中先生、いかがでしょうか。どういう指標を設定すると、障害者・児に対してのアプローチといったものが的確に前評価できるか。あるいは、今すぐ出てこなくても、どういった調査、検討を加えるべきかという、何かお考えがあったら、よろしく願いいたします。

○弘中参考人 今の医療の業界で、小児科は18歳以上は診なくなってきて、今まで障害を持っていた子供たちは20歳になっても、30歳、40歳になっても小児科医が診ていたのですが、その時代が終焉を迎えて、逆に医療の体制は、今、神経内科とか、そちらのほうにシフトしています。そう

いう意味では、先ほどから話題になっていました 18 歳、今、法律の中では投票権とか、成人の見直しという形。あと、歯科医師会、歯科医学会が今、新病名で検討している「口腔バイオフィルム感染症」は、18 歳で定着するというように言われているので、そういう意味では 18 歳のところの健診を進める上では一番いいのと、そこが切り口になって、また大学、あるいは企業健診のほうの切り札になるのではないかとという形に思います。

また、おっしゃるとおりで、障害者のところは、通所施設での歯科健診の受診は非常に低いということですが、18 歳のときに学校から今度は社会に出て行くところで、自分のデータを持って社会に出て行くというのが一番重要で、それを持って、結局は自分の健康をこれより、より向上していくという形の、いわゆる最終的な健診の場が 18 歳のところでできていれば、その後の対策もしやすいのかと考えております。

○三浦座長 ありがとうございます。ターゲットエイジ 18 という、非常に具体的なところの御指摘を頂きました。では、武井構成員、要介護高齢者のほうをお願いします。

○武井構成員 障害者と要介護者についてですが、以前、三浦先生の研究で、歯科の関わりが要介護者、障害者は非常に低いと、10%前後であるというような調査結果が出ていたと思いますが、やはりきちんと歯科健診及び保健指導を行っていくということが重要です。私どもの日本歯科衛生士会関係で、全国で 2017 年にどのぐらい公衆衛生活動が行われていたかを調べると、全国で 5 万回、180 万人の方々を対象に診療所や病院等に勤めていても関わりを持っていたという結果が出ております。特に母子が一番多くて、学校、そして高齢者、要介護者の順に多く関わっていました。今後、障害者や要介護者に積極的に関わっていくということが重要であり、今回の案の中の(2)(3)ともに歯科健診の必要性、方法、どんな保健指導をやられているかということが書かれていますが、このようなことが分かってくると、もっと積極的な対応につながってくるのではないかと思います。

○三浦座長 どうもありがとうございます。今の活動状況も踏まえて情報提供を頂き、感謝申し上げます。

併せて、先ほど弘中先生から、18 歳というターゲットエイジが出てきたところですが、本日は、文科省からもオブザーバー参加していただいておりますので、その辺りも含めて、御発言をお願いしたいと思います。

○文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課松崎健康教育調査官

文科省の松崎でございます。今日は大変勉強になりました。ありがとうございます。保健指導について、先ほどから高校生が話題になっておりますが、歯科保健の取組については小学校で一番多く実施されているように思います。私は養護教諭を担当しておりますが、養護教諭の職務に関する調査(平成 22 年度)を見てみても、養護教諭がかかわって歯と口の健康に関する内容の授業や保健指導を行っているのが、小学校で約 7 割、高等学校では約 1 割ちょっとというようになっています。やはり高等学校での歯科保健に関する取組は、小学校や中学校と比べると、少し割合的には低くなっているようです。高等学校における取組を進めていくということも大切だと思います。

また、事後措置の関係で、なかなか受診・治療が進まないお子さんが、継続しているということが大きな課題になっております。その中にはいろいろな要因はあるかと思いますが、経済的な問題についてもいわれているところです。今、学校では、スクールソーシャルワーカー等の配置も進んでいるところです。「チーム学校」といわれていますように、スクーソーシャルワーカー等の関係者とも連携をしっかりと行っていきながら、どのように取り組んでいけばいいかということを考えて

いかなければならないと思っております。以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。受診が進まないことは、まさしく、先ほど相田構成員から御発言があったインプリメンテーション・サイエンスとも関係してくる、う蝕の重症化予防において非常に大きな課題かと思えます。助かりました。ありがとうございます。

本来はこの辺で、議論が終わっているはずだったのですが、申し訳ありませんが、お時間を10分ほど延長させていただきまして、是非、3番目の課題についても、この機会に委員の皆様方から御意見を頂きたいと思えます。3番目の課題としては、行政における歯科保健計画です。今、健康増進計画は都道府県においてマストなのですけれども、歯科保健計画においては任意で行っているということでございます。実際上は両者を連動させて、歯科保健計画についてもマストに近いような形で行われている自治体もありますが、できれば両方とも必須にするというのも1つの案なのかとも思えます。あと、今まで複数の委員の方から、業務指針の改正についての御発言があったところです。幸いにも、このワーキンググループは行政関係の構成員2名を包含しているということで、この2名の構成員の方から、是非、この点について御意見を頂きたいと思えます。では、秋野構成員、よろしく願いいたします。

○秋野構成員 どこで発言しようかと思っていたのですが、振っていただいて、ありがとうございます。業務指針ですが、作ってから大分たっているということもあります、今までいろいろ御意見が出ていとおおり、まずエビデンスに基づいた対応策、取組というものも行政もやっていかなければならないと思えます。医療がEBM、Evidence-Based Medicine でやっているように、行政とか、保健政策も科学的根拠に基づいた対策に取り組んでいかなければならない。Evidence-Based Health Policy でいかなければならない。そういう観点から言うと、カリエスであれば、フッ化物とか、シーラントといったところをしっかりと行政が取り組んでいくということ、打ち出していく必要があると思えます。

あとは、歯科口腔保健法の中に、障害者とか高齢者に対する歯科健診というか、そういった規定が盛り込まれています。健診だけではなく、当然、様々な対応策を包括的にやっていくべきだと思いますが、市町村がどういった部分を担うのか、都道府県がどういった部分を担うのかも含めて、障害者、高齢者の歯科保健対策をどのように役割分担を整理しながら進めていくかということ、時代のニーズの変化に応じて、しっかり位置付けをしていかなければならないのかと思えます。

業務指針から外れますけれども、EBM、科学的根拠が非常に重要だと思います。妊婦健診も実は、行政も普及してきているのは確かですけれども、実は苦戦している所も非常に多くて、なぜ苦戦しているかということ、エビデンスが足りないのです。基本的には、医科の妊婦健診に関して言うと、日本産婦人科学会のガイドラインに基づいて、産婦人科学会のガイドラインの中で「効果あり」とされているものが、年14回の妊婦健診の項目に入ってくる。実は医科のガイドラインの中に歯科健診のことも書かれていて、歯科健診は「科学的根拠がない」と書かれてしまっているのです。あれが非常にネックになって、行政の中では、なかなか進められないと。医科のガイドラインの中で書かれている趣旨は、低体重児と未熟児との関連性はなかなか証明しきれないという表現です。だから低体重児との関連は別になくてもいいのですが、代わりにペリオなのか、妊婦自身のカリエスの予防なのか分かりませんが、いずれにしても妊婦健診をすることによって妊婦の健康、歯の健康、口腔の健康にとってこういう成果が出ますという、その辺りの研究を、是非、学会の先生方をお願いしたいと思っております。いずれにしても、科学的根拠がないことには行政の中で施策化をする、予算を取るということは不可能ですので、科学的根拠に基づいた施策をしっかりとって、

評価も行っていく必要があると思いますので、その辺はしっかり業務指針の中に打ち出していく必要があると思っております。以上でございます。

○三浦座長 ありがとうございます。行政のお立場から具体的な御発言、そして、EBMの観点から学会との連携まで踏まえたご発言でした。学会との連携は非常に重要かと思います。EBMにのっとっての施策となると、やはり学術知見に基づくアプローチというのが必須になりますので、この辺り、非常に重要な観点かと思います。では、瀧口構成員、御意見を頂ければと思います。よろしくお願いいたします。

○瀧口構成員 業務指針は、現場で仕事していく上で、業務指針を柱として実際活用していくわけですので、非常に重要なものと思っています。特に策定してから長期間たっているということで、up-to-date、現状に合わせてエビデンスを含めてやっていく必要があるのかなと思います。

計画については、義務付けてはどうかということですが、健康増進計画の中にも歯科分野はありまして、その中で指標を掲げて取り組むことという、都道府県計画ですけれども、今、あります。もちろん都道府県で歯科保健推進条例を定めている場合は、単独で歯科保健計画を作っているところもありますが、そういう意味では単独で作るのがいいのか、従来の健康増進計画の中で歯科分野を、もうちょっと充実させる方向でいくのか、考え方としては2つあるのかなと思います。

あと、義務付けということに関連して、計画ではないのですが、歯科健診、特に成人期に関しては、現在、定期健康診断としては労働安全衛生法で健診をやられていますが、その中で歯科健診というのは義務ではなくて努力義務になっていると思います。それも、実は宮崎県で企業を対象に実態調査をしたところ、歯科健診をやっている所が2%しかなかったのです。大きい企業になると1割ぐらいは実施しているというデータもありますが、やはりほとんどやられていないという。その大きな背景としては義務付けになっていないということもあるので、そういった観点からすると、労働安全衛生法の中で歯科健診の義務化というのも、是非、進め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。具体的な事例も含めて御発言いただきましたこと、感謝申し上げます。終わりのほうは駆け足になりましたが、このままやっていると、あと2、3時間すぐたってしまうので、この辺りで締めたいと思います。皆様、本日も活発な御議論を頂きましたこと、心よりお礼を申し上げます。

次回、第4回では、これまで御議論いただいた内容を改めて整理し、今後のう蝕対策の在り方について、報告書という形で取りまとめる予定です。これまでの議論も反映した形の報告書ということになりますので、皆様方、引き続きよろしくお願いいたします。

それでは、本日の議論は、ここで終了させていただきます。最後に、事務局から何かありますか。

○江藤推進係長 本日は、皆様、ありがとうございました。次回の開催日程については既に御連絡させていただいておりますとおり、3月28日の10時半から予定をしております。引き続き、よろしくお願いいたします。

○三浦座長 それでは、本日は、これにて閉会といたします。大変、ありがとうございました。