

平成 31 年3月 28 日	資料
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	

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)

平成 31 年3月〇日

目次

はじめに	〇ページ
I 全てのライフステージに共通したう蝕対策	〇ページ
II ライフステージごとのう蝕対策	〇ページ
1. 乳幼児期・学齢期のう蝕対策	〇ページ
2. 成人期・高齢期のう蝕対策	〇ページ
III 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	〇ページ
IV う蝕対策に係る社会環境の整備	〇ページ
V 歯科保健医療の実態把握・分析等	〇ページ
VI う蝕対策に係る次期目標等	〇ページ
おわりに	〇ページ
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構成員名簿	〇ページ
参考資料	〇ページ

はじめに

「歯科口腔保健の推進に関する法律」(平成 23 年法律第 95 号)に基づき策定された「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」(平成 24 年厚生労働省告示第 438 号)について、平成 30 年 9 月に中間評価報告書がとりまとめられた。同中間評価報告書において、う蝕に関しては、乳幼児期及び学童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も、依然としてう蝕有病者率は高い水準にあり、地域間や社会経済的な要因等による健康格差の縮小にむけ、エビデンスに基づく効果的な取組を推進する必要がある旨等の提言がまとめられている。

本ワーキンググループでは、同中間評価報告書に示された最終評価に向けた取組等をより具体化するため、わが国のう蝕対策を中心に、現状と課題を整理し、これまでのう蝕対策に加え、新たな視点も含めた今後の取組の方向性を示すため、関係学会からの意見聴取も行き議論を行った。今般、その議論の結果を次の通り取りまとめ、報告する。

今回の報告や中間評価報告書で示された他の課題に関する今後の検討状況等も踏まえ、わが国の歯科口腔保健をさらに推進するため、関係各位において、必要な対策が進められることを期待する。

I 全てのライフステージに共通したう蝕対策

わが国のう蝕有病者率は、乳幼児・学齢期は改善傾向にあるものの、いずれのライフステージにおいても、依然として高い。疾病負荷でみても、わが国の歯科疾患は世界的にも高水準にある。

う蝕は単一因子による疾患ではなく、食習慣や生活習慣、家庭環境等の社会的要因や個人のリスク要因等が複合的に重積したものであり、地域間や社会経済的な要因による健康格差も生じている。

う蝕の予防・重症化予防を推進し、健康格差の縮小を図るためには、ハイリスク者への対策が強調される傾向にあるが、ハイリスク者の数は少なく、う蝕の多くがローリスク者から発生することから、ローリスク者も含めた疾患予防の取組が重要である。つまり、従来型の個人を対象としたハイリスクアプローチだけではなく、集団を対象としたポピュレーションアプローチを積極的に展開していくことが重要である。

具体的なう蝕予防対策としては、フッ化物の応用(フッ化物洗口、フッ化物塗布等)、シーラント、歯科保健指導等が効果的であるとされている。特に、フッ化物の応用については、健康格差を縮小し、集団全体のう蝕予防の効果が期待できる。現在、う蝕の予防・重症化予防については、各自治体において、乳幼児期・学齢期を主な対象として様々な取組が行われているところであり、フ

1 フッ化物の応用と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上げている自
2 治体もある。

3
4 また、乳幼児期・学齢期には、集団でのフッ化物洗口等のポピュレーションアプローチが実施さ
5 れているところであるが、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
6 たう蝕予防・重症化予防を進めることが重要である。そのため、費用対効果に優れ、様々な国や
7 地域で活用できることから WHO が推奨しているフロリデーション等、フッ化物の全身応用や成人
8 期・高齢期におけるフッ化物洗口等のポピュレーションアプローチを検討していく必要がある。

9
10 今後、う蝕の予防・重症化予防を進め、健康格差の縮小に向けた取組を行うため、地域や社会
11 経済的な状況に関わらず、幅広く国民がそのメリットを享受できるよう、各自治体が行っている取り
12 組み内容や実施体制、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
13 治体に展開していくことも考えていくべきであろう。その際、他の自治体への応用の可能性や実施
14 上の留意点等を整理した上で、実効性のあるモデルとして示していくことも必要であろう。

15
16 フッ化物応用については、安全性を確保し、個人の意思を尊重しつつ、希望する住民が容易に
17 そのメリットを享受することができるよう、事業を実施する自治体等の関係者への支援が必要であ
18 る。そのため、まずは、新しい薬剤の販売や自治体における歯科口腔保健を取り巻く状況に対応
19 するため、「フッ化物洗口ガイドラインについて」(平成 15 年厚生労働省医政局長・健康局長通知)
20 の見直しを検討すべきである。

21
22 さらに、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で
23 あることから、歯科医療機関による初期う蝕への対応及び二次う蝕の発症予防のための管理指
24 導等が求められる。こういった対応を早期に行うために、歯科健診の充実等を検討し、必要な場
25 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である。

Ⅱ ライフステージごとのう蝕対策

1. 乳幼児期・学齢期のう蝕対策

(歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の中間評価)

- ・3歳児う蝕の罹患状況については、改善の傾向にある一方で、様々な研究において、社会経済的因子によってう蝕罹患状況に健康格差が生じていることや、多数のう蝕を保有する者が増加していることなどの報告がある。さらに、う蝕については、一般的な疾患と比較して高い有病者率であることから、集団全体のリスクを低減させるう蝕予防対策が重要である。また、小児科や教育機関、地域の行政機関等との連携など、歯科と様々な分野とが連携して、包括的な対策が求められている。緊密な連携のもとに対策を検討する必要がある。
- ・12歳児のう蝕については、幼児期から継続的に実施されている集団でのフッ化物洗口等のフッ化物応用の効果として、う蝕有病者率の改善が認められるが、平均して12歳児の約3人に一人が罹患している実態を踏まえると、有病者率は未だ高く、地域差もあることから、引き続き、社会全体として取組を継続・推進する必要がある。

【評価指標と達成状況】

項目	策定時の 現状値	中間評価時の 実績値	目標値
3歳児でう蝕のない者の割合の増加	77.1% (平成21年)	83.0% (平成27年)	90% (平成34年度)
12歳児でう蝕のない者の割合の増加	54.6% (平成23年)	64.5% (平成28年)	65% (平成34年度)

乳幼児期から学童期におけるう蝕罹患状況は、地域間や学校間における歯科保健対策の実施状況や家庭の状況等により健康格差が生じているとの指摘がある。例えば、学校におけるフッ化物洗口の取組が広く実施されている県では、3歳児のう蝕が多くても、12歳児のう蝕が大きく減少し、健康格差が縮小していることが報告されている。

また、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。高校生から大学生にかけては、永久歯う蝕が増加してくるが、大学卒業後の歯科健診は、健康増進事業による歯周疾患検診の対象となる40歳までは制度化されておらず、この時期の口腔の健康を維持・増進するための対策が求められている。

1 乳幼児・学齢期のう蝕対策は、フッ化物の応用やシーラント等の科学的根拠に基づいたう蝕予
 2 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る。思春期以降の
 3 歯科保健対策についても、先述のように各自治体が行っている取り組み内容等を収集し、効果
 4 的・効率的な取組をモデル化して、他の自治体へ展開していくことを検討すべきであろう。その際、
 5 幼児・学齢期に対する歯科保健対策は、成人期以降の口腔の健康にも影響を与える観点からも
 6 重要であることを念頭に、必要な対策を検討すべきである。

9 2. 成人期・高齢期のう蝕対策

11 (歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の中間評価)

- 12 ・成人期のう蝕については、40歳の未処置歯を有する者の割合がやや改善傾向にあるものの、依
 13 然として未処置歯及び有病者率は高い水準にあることを踏まえ、成人期においても、継続的なう
 14 蝕予防及び早期治療が重要である。
- 15 ・(高齢期のう蝕については、)現在歯数の増加に伴い、歯周病だけでなくう蝕にも罹患する可能
 16 性が高まることから、現在歯が健全な状態や機能を維持するための取組が必要である。

18 【評価指標と達成状況】

項目	策定時の 現状値	中間評価時の 実績値	目標値
40歳の未処置歯を有する者の割合の減少	40.3% (平成17年)	35.1% (平成28年)	10% (平成34年度)
60歳の未処置歯を有する者の割合の減少	37.6% (平成17年)	34.4% (平成28年)	10% (平成34年度)

19
 20 成人期のう蝕有病者率は年齢に応じて高くなり、35歳以降は90%以上となっている。また、年
 21 齢区分別のう蝕罹患率の経年推移をみると、45歳以上では増加傾向にあり、特に、高齢期ではそ
 22 の傾向が顕著である。この要因の一つとして、根面う蝕の罹患による影響が指摘されている。また、
 23 成人期・高齢期のう蝕については、未処置歯を有する者が相当程度存在することから、歯科健診
 24 等において歯科治療が必要と判断された者が必ずしも歯科医療機関での受診につながっていな
 25 い可能性があることも指摘されている。

26
 27 また、特に、成人期以降においては、口腔機能の維持に直接的な影響を及ぼす抜歯等による
 28 歯の喪失を予防することが重要である。「永久歯の抜歯原因調査」(平成30年11月公益社団法人
 29 8020推進財団)によれば、抜歯の主原因のうち、う蝕の割合(歯数ベース)は30歳代で約46%
 30 と高く、それ以降は減少するものの70歳代においても約21%となっており、80歳以降では再びう

1 蝕の割合が増加し、85歳以降では約30%を超える状況となっている。

2

3 こうした状況を踏まえると、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
4 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である。そのため、今後の歯科疾患
5 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
6 の特性も考慮して検討すべきである。

7

8 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
9 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求められる。こ
10 ういった歯科治療については患者の状況に合わせて歯科医療機関において対応されているが、
11 歯科健診の充実等を検討し、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
12 ながる体制や保健指導等を検討すべきである。

13

14

15 **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**

16

17 (歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の中間評価)

- 18 ・歯科専門職による口腔衛生向上のための研修会の開催が、定期的な歯科検診の実施に結び付
19 くという報告があることから、今後、施設内外での研修をより一層積極的に行うことが必要であ
20 る。また、80%の高齢者入所施設が歯科訪問診療を利用していることから、歯科訪問診療の際
21 に、あわせて定期的な歯科検診を実施する方策等について検討する必要がある。
- 22 ・引き続き、国、都道府県、市区町村等のそれぞれの単位で、関係部局と連携した実態把握及び
23 施策を推進し、通院が困難な者等に対しても、適切な定期健診や治療・予防の取組が提供でき
24 るよう検討する必要がある。
- 25 ・障害者(児)や要介護者については、医療関係職種や介護関係職種等との連携を図りながら個
26 別の課題を把握した上で、対応を検討する必要がある。

27

28 **【評価指標と達成状況】**

項目	策定時の 現状値	中間評価時の 実績値	目標値
障害者支援施設及び障害児入所施設での 定期的な歯科検診実施率の増加	66.9% (平成23年)	62.9% (平成28年)	90% (平成34年度)
介護老人福祉施設及び介護老人保健施設 での定期的な歯科検診実施率の増加	19.2% (平成23年)	19.0% (平成28年)	50% (平成34年度)

1 障害者等に対する歯科保健医療は、必要な歯科医療を受けることができる環境整備の観点で、
2 各自治体におけるいわゆる口腔保健センターの設置や人材の育成等に対応されているところであ
3 る。しかしながら、障害者等に対する歯科治療は、歯科ユニットにおける体位の不安定さや主訴等
4 の不十分な伝達等から困難を伴う場合があり、また、通院に係る保護者の負担も極めて大きなも
5 のとなる。そのため、障害者等のう蝕等の歯科疾患の発症予防は一層重要である。

6
7 障害者等の施設入所者の歯科疾患の予防活動の多くは、食後の歯磨き時間の設置(約 84%
8 の施設で実施)や職員による歯磨きの状態の確認(約 71%)であり、フッ化物応用については、定
9 期的なフッ化物洗口(約 2.5%)や定期的なフッ化物塗布(約6%)が一部の施設のみで実施されて
10 いる。また、障害者等の口腔内の状態や在宅で生活する障害者等の歯科保健サービスの提供状
11 況は十分把握されていない。

12
13 こうした状況を踏まえ、障害者等については、口腔内の状態や歯科保健サービスの提供状況
14 等の把握を行い、その結果を踏まえた対策の検討を行う必要がある。

15
16 一方、要介護者に対する歯科保健医療については、介護保険施設における、口腔衛生管理体制
17 制加算や口腔衛生管理加算による評価、また、在宅の要介護高齢者には、居宅療養管理指導に
18 よる評価など、介護報酬によって一定程度対応されている。しかしながら、例えば、介護保険施設
19 における口腔衛生管理体制加算がすべての施設において実施されている状況にはなく、今後、さ
20 らなる浸透が不可欠であると考えられる。

21
22 また、障害者等及び要介護者の歯科保健医療のいずれにおいても、セルフケアとプロフェッショ
23 ナルケアが重要であることから、障害者等及び要介護者の日常的な口腔ケアを担う保護者や介
24 護職員等に対する基本的な口腔ケアの方法や効果等に関する研修を実施するとともに、歯科治
25 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。

26
27 なお、保護者や介護職員等に対する研修がより実践的かつ効果的なものとなるよう、障害者等
28 や要介護者の障害や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
29 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整理していくことが重要で
30 ある。その際、障害や全身状態の程度等によっては、フッ化物を配合した泡状歯磨剤の活用など
31 も可能である場合があり、こうした方法も検討することが望ましい。

IV う蝕対策に係る社会環境の整備

(歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の中間評価)

- ・ライフステージに応じた取組を進めるに当たり、国、都道府県、市区町村等のそれぞれの単位で、関係部局と連携した施策・取組の推進が求められる。また、これまで、自治体での歯科保健対策の推進については、平成9年に作成された「都道府県及び市町村における歯科保健業務指針について」に基づき、推進されてきたが、少子高齢化の進展などの社会情勢の変化も踏まえ、新たな体制による歯科保健業務の推進が必要となったことから、「歯科保健業務指針」の改正等も含めた新たな枠組みの中での歯科保健対策の取組が求められる。
- ・例えば12歳児の一人平均むし歯数などに関して、都道府県間の地域格差は継続して認められることから、引き続き、各地方公共団体において、地域の実情に応じた歯科口腔保健施策の取組の充実と、取組を進めるに当たっての体制の充実が求められる。
- ・乳幼児及び学齢期でのフッ化物応用や歯科保健指導等の取組の実施状況は、都道府県によって異なることが考えられるため、効果的な都道府県等の事例の収集及び分析等が必要である。

【評価指標と達成状況】

項目	策定時の 現状値	中間評価時の 実績値	目標値
過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	34.1% (平成21年)	52.9% (平成28年)	65% (平成34年度)
3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加	6都道府県 (平成23年)	26都道府県 (平成28年)	47都道府県 (平成34年度)
12歳児の一人平均う歯数が1.0未満である都道府県の増加	7都道府県 (平成23年)	28都道府県 (平成28年)	47都道府県 (平成34年度)
歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している都道府県の増加	26都道府県 (平成24年)	43都道府県 (平成29年)	47都道府県 (平成34年度)

う蝕対策を含め、生涯を通じた歯科保健施策を効果的に推進するためには、様々な関係者の調整が発生することから、行政の役割は一定程度あるものと考えられるが、歯科専門職のほとんどは、健康づくり部局に配置されており、教育委員会、障害者・高齢者担当部局には配置されていないため、その連携の確保が課題となっている。また、行政部局内の連携に加え、学校関係機関、歯科医師会等の医療関係団体、保健福祉・介護関係団体等との緊密な連携・協力による実施体制を構築することが不可欠である。

1 また、従来、行政の歯科専門職は、住民に対する歯科保健サービスの担い手として活動してい
2 たが、例えば、健康増進計画が都道府県に義務付けられているように、歯科保健計画についても
3 少なくとも都道府県・保健所設置市には義務付けることを検討するべきとの意見も出るなど、昨今
4 は、行政の歯科専門職に地域における歯科保健施策の企画立案能力が必要になってきている。
5 そのため、行政の歯科専門職の人材育成の更なる充実についても検討する必要がある。

6
7 こういった背景を踏まえ、「都道府県及び市町村における歯科保健業務指針」(平成9年厚生省
8 健康政策局長通知)については、策定されてから 20 年以上が経過し、その間、介護保険制度の
9 施行、「歯科口腔保健の推進に関する法律」の公布・施行、2025 年を目途にした地域包括ケアシ
10 ステムの構築の推進等、歯科口腔保健を取り巻く状況は大きく変化しており、新たな課題に対応
11 するためにも、本歯科保健業務指針の見直しを検討すべきである。

12
13 併せて、事業を実施する自治体等の支援をするため、先述のようなフッ化物洗口ガイドラインの
14 見直しをはじめとした各種ガイドラインやマニュアル等の整備や行政に対する歯科保健施策の企
15 画立案等に関する研修の実施などの技術的支援に加え、財政的な支援も含め、各地域において
16 必要な歯科保健施策が実施できるよう支援を行うことが必要である。

17 18 19 **V 歯科保健医療の実態把握・分析等**

20
21 (歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の中間評価)

- 22 ・データの信頼性の向上のため、歯科疾患実態調査の被調査者数を確保するための取組を検討
23 する必要がある。
- 24 ・成人期以降のデータが十分ではないことから、保険者等の取組によるデータを補完的な資料とし
25 て活用することを検討する。

26
27
28 う蝕の実態把握については、3歳児や12歳児のう蝕有病者率等の指標に加え、う蝕が大きく増
29 加する10代半ば以降、生涯を通じた実態の把握・分析を実施する必要がある。成人期及び高齢
30 期においては、従来とう蝕対策に加え、根面う蝕対策が重要となるので、その実態把握も必要に
31 なる。

32
33 また、障害者等や要介護高齢者の定期的に歯科検診を受けること又は歯科医療を受けること
34 が困難な者への歯科保健医療に関して、必要な対策を検討する上で調査等が不足している。先
35 述の通り、障害者等の口腔内の状態や提供されている歯科保健医療の状況等の把握を行って
36 いく必要がある。その際、施設利用者だけではなく、在宅で生活をする障害者等についても把握を
37 することが重要である。

1 さらに、現在、データヘルスの検討が進められているところであり、例えば、母子保健から学校
2 保健にかけて一貫した歯科口保健対策を実施するため、乳幼児期・学齢期の歯科保健データの
3 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。

4
5 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、こうした視点も踏まえ検
6 討していく必要がある。また、各自治体における実態把握及びその結果に基づいた対策を推進す
7 るためにも、先述の通り、「都道府県及び市町村における歯科保健業務指針について」の必要な
8 見直しを検討するべきである。

11 **VI う蝕対策に係る次期目標等**

12 「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」に係る現行の指標は、歯科口腔保健の推進で目
13 指すべき成果に着目した「3歳児でう蝕のない者の割合の増加」や「12歳児でう蝕のない者の割合
14 の増加」、「40歳で喪失歯のない者の割合の増加」等のアウトカム指標が設定されている。また、
15 歯科口腔保健に関する取組は、その成果や実績等に応じて、内容を見直していく必要がある。こ
16 ういったことから、取組を直接評価するアウトプット指標も併用し、プロセスと成果の両面からより
17 きめ細かく評価するべきである。

18
19 各ライフステージ等における指標についても様々な意見が出されたところであり、以下のような
20 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である。

- 21
22 ・乳幼児期・学齢期のう蝕対策に係る指標については、う蝕の罹患状況が二極化している状況
23 も踏まえ、健康格差の縮小を図るため、例えば、多数歯う蝕の子どもをゼロにすること等が目
24 標となり得る。
- 25 ・成人期以降においては、口腔機能を維持に直接的な影響を及ぼす抜歯等による歯の喪失の
26 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ある。
- 27 ・成人期・高齢期の歯科口腔保健に係る指標には、8020運動のアウトカムである80歳におけ
28 る現在歯に着目した「80歳で20本以上の自分の歯を有する者の割合」や、「60歳で24本以
29 上の自分の歯を有する者の割合」が設定されている。成人期・高齢期における口腔機能を維
30 持し健全な食生活を営むためには、できるだけ多くの健全歯を維持することが重要であり、こ
31 ういったことにも着目した指標も検討し得る。
- 32 ・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、例えば、歯科健診等
33 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ことも考えられる。
- 34 ・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の受診状況や、フッ化物応用の
35 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

1 指標が考えられる。

2 ・QALY 等は、歯科と他分野を共通の指標により比較検討することが可能となることから、実効
3 性を検証しつつ、QALY の把握や活用方法等について検討すべきである。

4
5 なお、今後、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」に係る指標を検討するに当たっては、
6 歯科疾患実態調査等の既存の調査データをできるだけ活用し、自治体等に過度な負荷をかけな
7 いような配慮が必要である。

10 **さいごに**

11 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、ポピュラー
12 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、
13 セルフケアを実施する住民自身、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
14 ことが重要である。そして、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
15 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。

16
17 さらに、今回の議論の対象とはなっていないが、自然と健康になれる社会づくりなどの中で、思
18 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・重症化予防を取り
19 組んでいくことも重要になってくると考えられる。今後、そういった動向も把握しつつ、必要な検討
20 及び事業等の展開がされることを期待したい。

1

2

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構成員名簿

氏名	所属	役職
あいだ じゆん 相田 潤	東北大学大学院歯学研究科 国際歯科保健学分野 (宮城県保健福祉部)	准教授 (参与)
あきの けんいち 秋野 憲一	札幌市(札幌市保健福祉局保健所)	母子保健・歯科保健 担当部長
おさか けん 小坂 健	東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野 (東北メディカルメガバンク機構口腔保健・疫学部門)	教授 (教授)
きもと しげなり 木本 茂成	神奈川歯科大学大学院歯学研究科 口腔統合医療学講座小児歯科学分野	教授
たかの なおひさ 高野 直久	日本歯科医師会	常務理事
たまくち しゆんいち 瀧口 俊一	宮崎県(宮崎県延岡保健所)	所長
たけい のりこ 武井 典子	日本歯科衛生士会	会長
つげ しんぺい 柘植 紳平	日本学校歯科医会	副会長
まき よしのぶ 眞木 吉信	東京歯科大学衛生学講座	教授
みうら ひろこ 〇三浦 宏子	国立保健医療科学院国際協力研究部	部長

3 ○:座長

4 (五十音順・敬称略)