

口腔衛生 学会雑誌

第76巻 第1号
令和8年1月

JOURNAL OF DENTAL HEALTH

VOL. 76 NO. 1
Jan. 2026

OFFICIAL PUBLICATION OF JAPANESE SOCIETY FOR ORAL HEALTH

一般社団法人
日本口腔衛生学会発行

口腔衛生会誌
J Dent Hlth

ISSN 0023-2831
ONLINE ISSN 2189-7379

口腔衛生学会雑誌は一般社団法人 日本口腔衛生学会が口腔衛生の科学と技術に関する知識を本学会会員にわかつために年5回刊行するものである。

編集・発行 一般社団法人 日本口腔衛生学会
(代表者：理事長 山本龍生)

〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9, 駒込TSビル, 一般財団法人 口腔保健協会内
電話 03 (3947) 8891 (代), Fax 03 (3947) 8341

編集委員長

友 藤 孝 明 朝 日 大 学 歯 学 部

副編集委員長

片 岡 宏 介 徳 島 大 学 大 学 院

内 藤 真 理 子 広 島 大 学 大 学 院

編 集 委 員

入 江 浩 一 郎 長 崎 大 学 大 学 院

竹 下 徹 九 州 大 学 大 学 院

田 野 ル ミ 国 立 保 健 医 療 科 学 院

永 田 英 樹 関 西 女 子 短 期 大 学

岩 崎 正 則 北 海 道 大 学

田 中 秀 樹 日 本 大 学 歯 学 部

長 田 恵 美 鹿 児 島 大 学 病 院

三 浦 宏 子 北 海 道 医 療 大 学

Journal of Dental Health is published five times a year by the Japanese Society for Oral Health and is dedicated to the dissemination of knowledge pertaining to the science and art of dental health.

Editor-in-Chief :

T. Tomofuji, Asahi Univ. Sch. Dent.

Associate Editor :

K. Kataoka, Tokushima Univ. Grad. Sch.

M. Naito, Hiroshima Univ. Grad. Sch.

Editorial Board :

K. Irie, Nagasaki Univ. Grad. Sch.

M. Iwasaki, Hokkaido Univ.

T. Takeshita, Kyushu Univ. Fac. Dent. Sci.

H. Tanaka, Nihon Univ. Sch. Dent.

R. Tano, Natl. Instit. of Pub. Hlth.

E. Nagata, Kagoshima Univ. Hospital

H. Nagata, Kansai Women's Col.

H. Miura, Health Sci. Univ. Hokkaido

Publisher : The Japanese Society for Oral Health c/o Kokū Hoken Kyokai. 1-43-9, Komagome, Toshima-ku, Tokyo 170-0003

複写をご希望の方へ

一般社団法人 日本口腔衛生学会では、複写複製に係る著作権を学術著作権協会に委託しています。当該利用をご希望の方は、学術著作権協会 (<https://www.jaacc.org/>) が提供している複製利用許諾システムを通じて申請ください。

複写以外の許諾（著作物の引用、転載、翻訳等）に関しては、学術著作権協会に委託致しておりません。直接、日本口腔衛生学会（電話：03-3947-8891、FAX：03-3947-8341）へお問い合わせください。

【重要】次期代議員・理事の選出について

2026年度は次期代議員および次期理事（任期：2027年社員総会終了時～2029年社員総会終了時）を選出する年度にあたります。会員各位におかれましてはご確認をお願いします。本件に関し、不明な点等がございましたら事務局（下記参照）まで連絡をお願いします。

<次期代議員選出選挙について>

① 実施時期

2026年4月1日から11月中旬頃までを予定しております。

② 定数

定数150名より理事長推薦代議員7名を除いた143名を、2026年3月31日現在で会員名簿に掲載されている正会員数に応じて各地区に割り当てします。

③ 選挙権

2026年3月31日に会員名簿に掲載されている正会員（本会の名誉会員・永年会員・学生会員・賛助会員、および、各地方団体のみの会員には選挙権はございません）とします。ただし、選挙前年度までの会費未納者は除きます。投票権を有する会員については2026年4月下旬に会員ページ内にて所属都道府県別にお名前を掲載します。なお、2026年4月10日時点の所属情報をもって、所属地区が決定しますので、勤務先等の変更があった場合は速やかに会員情報管理システムOHASYS（オハシス）での申請をお願いします。

④ 被選挙権

上記③選挙権を有する会員のうち、会員歴4年以上の正会員が対象者となります。

⑤ 選挙方法

前回同様、各地方団体へ選出事務を依頼しますので、各地方団体によって行われます。立候補・投票等については、前回同様に「代議員選出に関する規程第2条第2項」に定められた地区（地区を構成する都道府県は各地方団体と同じです）ごとに行いますが、投票用紙等のご案内は日本口腔衛生学会からではなく、各地方団体からとなりますのでご注意ください。

<次期理事選出選挙について>

① 実施時期

2026年4月1日から11月中旬頃までを予定しております。

② 定数

定数15名より理事長推薦理事8名を除いた7名を、各地区より1名ずつ選出します。

③ 選挙権

各地区で選出された次期代議員のみ有します。

④ 被選挙権

上記③選挙権と同じです。

⑤ 選挙方法

上記「次期代議員選出選挙について」⑤選挙方法と同じです。

本年度の会費未納者につきましては、2025年11月に一般財団法人口腔保健協会より納入用紙が送付されておりますので、2026年3月31日までに会費を納入いただきますよう、お願い申し上げます。

また、連絡先（所属等）が変更になりましたら、速やかに会員情報管理システムOHASYS（オハシス）等での申請をお願いします。詳細は以下、口腔保健協会ウェブサイトをご覧ください。

口腔保健協会ウェブサイトURL：https://www.kokuhoken.or.jp/academic_society/

【お問い合わせ先】

一般社団法人日本口腔衛生学会事務局

〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル4F 一般財団法人口腔保健協会内

TEL：03-3947-8891/FAX：03-3947-8341/E-mail：gakkai37@kokuhoken.or.jp

第 75 回日本口腔衛生学会学術大会のご案内（第 2 報）

2026 年 1 月吉日

このたび 2026 年 5 月 22 日（金）～24 日（日）の 3 日間にわたり、第 75 回日本口腔衛生学会学術大会を沖縄コンベンションセンター（沖縄県宜野湾市）において開催させていただくこととなりました。日本口腔衛生学会の大会長を引受け、大変光栄であると同時に、身の引き締まる思いですが、本学会の学術大会を少しでも実り多いものにするため、準備委員会委員一同、一丸となって現在、鋭意準備を進めているところであります。

さて、日本口腔衛生学会は、1952（昭和 27）年に設立された伝統ある学会であり、第 1 回学術大会が 1952 年 9 月 18 日に東京歯科大学で開催されてから約 74 年間が経過いたしました。学会ホームページにも記載があるとおり、本学会の理念は口腔衛生学の進歩と発展を図り、国民の健康と福祉の増進に寄与することを目的として設立された学会です。この間、多くの口腔保健関係者の方々がこの理念に沿って本学会を支えてきました。私自身も大学院入学と同時に日本口腔衛生学会に入会し、学会発表やシンポジストとして鍛えられました。これは継承していかなくてはなりません。そのような点から、本学術大会のメインテーマは「伝統と継承」といたしました。

さて、第 1 回大会当時の人口ピラミッド（富士山型）から現在の人口ピラミッドを誰が予想できたのでしょうか。この 74 年間で、教育・研究・臨床・地域保健活動の状況は大きく変化してきました。この状況の中で口腔衛生学が今後どのように進んでいくのかをもう一度整理ができればと考えております。

学術大会の企画プログラムといたしましては、日本歯科医師会会長の高橋英登先生をお招きする特別講演（予定）をはじめ、教育講演やシンポジウム、ポスター発表、ランチョンセミナー、情報交換会等々、多数の企画を検討しております。

上記のように、各種企画を組み上げている最中ではございますが、必ずや多数の参加者が集う学術大会になるやと思っております。

沖縄の 5 月末は、平均気温は 25℃前後で湿度が高く、蒸し暑く感じる日が多くなることが予想されます。演者・座長・会議出席を含めまして、参加者のドレスコードは軽装（ノーネクタイ・ノージャケット、できれば「かりゆしウェア」）でのご参加をお願いします。

参加される皆様にとって実りのある大会になるよう、準備を進めております。多くの口腔保健の関係者にご参加いただけることを期待しております。皆様の本学術大会へのご参加を沖縄で心よりお待ち申し上げます。

第 75 回日本口腔衛生学会学術大会
大会長 杉原 直樹

1. 会 期：2026 年 5 月 22 日(金)・23 日(土)・24 日(日)
(5 月 22 日は理事会，社員総会，認定研修会を予定)

2. 会 場：沖縄コンベンションセンター
(〒901-2224 沖縄県宜野湾市真志喜 4-3-1)

3. プログラム(予定)：今後，変更になる場合がございます。その際には，学術大会ホームページにてお知らせいたします。

- 1) 特別講演
- 2) 受賞講演
- 3) 教育講演
- 4) シンポジウム
- 5) ミニシンポジウム
- 6) ポスター発表
- 7) 企業展示
- 8) ランチョンセミナー
- 9) 情報交換会（懇親会）

会場：沖縄コンベンションセンター内 展示棟

日時：5 月 23 日（土）16：50～18：20（予定）

4. 参加登録：以下の要領で参加登録を募集します。多くの方の参加をお待ちいたします。

1) 申込方法

学術大会へのご参加には参加登録が必要です。

参加登録方法は，事前登録および当日登録があります。

事前登録は，2026 年 1 月 12 日(月)～2026 年 3 月 13 日(金)17:00まで学術大会ホームページ上で，

当日登録は学術大会会場で受付を行います。

なお，事前登録の方は，ご自身にて参加証を印刷いただきお持ちいただきますようお願いいたします。

学術大会ホームページ <https://jsoh.jp/75/>

2) 学術大会参加費

事前登録	医師・歯科医師：10,000 円 コ デ ン タ ル： 5,000 円
当日登録	医師・歯科医師：12,000 円 コ デ ン タ ル： 7,000 円

※学生（歯学部学生，歯科衛生士学校学生，歯科技工士学校学生）は参加費無料です。

3) 情報交換会（懇親会）参加費

事前登録	5,000 円
当日登録	7,000 円

4) お支払い方法について

期日までに、ご入金が確認できない場合、事前参加登録は無効になります。その場合は、学術大会会場にて当日料金をお支払いただきますので、予めご了承ください。事前参加登録のお申込み・お支払方法の詳細につきましては、学術大会ホームページをご確認ください。

5. 宿泊のご案内：学術大会ホームページにてご案内がございます。是非ご利用ください。

6. 学会誌の大会抄録増刊号は、郵送いたしますので、当日ご持参ください。

【各種お問合せ先】

第 75 回日本口腔衛生学会学術大会運営事務局

〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込 TS ビル 402 （一財）口腔保健協会コンベンション事業部内

TEL：03-3947-8761, FAX：03-3947-8341, E-mail：jsoh75@kokuhoken.jp

学会認定医申請・更新（2026 年度分）について

一般社団法人日本口腔衛生学会
理事長 山本 龍生

一般社団法人日本口腔衛生学会では 2001 年度より認定医制度を発足させ、これまでにおよそ 550 名が認定医として登録されました。2026 年度も引き続き申請受付を行いますので、学会員の皆様で資格のあると思われる方は、本誌巻末に掲載しました一般社団法人日本口腔衛生学会認定医制度規則ならびに同施行細則をお読みのうえ、ふるって申請いただき、多方面でこの制度をご活用されることを期待申し上げます。

また、認定期限が 2026 年 12 月末までの認定医で更新を希望する方は、規則第 14 条に則って 2026 年 4 月 1 日より 9 月末日までに更新の申請を受け付けます。申請手続や必要書類などについては下記のとおりですが、試験審査はありません。

なお、今年度より申請受付をオンライン方式に変更します。詳細については 2026 年 3 月頃、学会ウェブサイトならびにメーリングリストにてお知らせします。

申請書類

- (1) 認定医申請書（様式 1）
- (2) 履歴書（様式 2）

記載様式に従って記入願います。証明書類は必要としませんが、現在会員であって通算 3 年以上の会員歴を必要としますので、会費の納入を確認のうえ、できるだけ正確に記入願います。会員番号は会費振込用紙等の郵送物の宛名ラベル右下に記載されている 6 桁の番号です。不明な場合は学会事務局へメールにてお問い合わせください。

- (3) 歯科医師免許証の写し（外国で取得した場合は取得国の証明書類）
※前回提出時より記載事項の変更がない場合は、提出を省略することができます。

- (4) 規則第 9 条（4）に定める必要書類

一般社団法人日本口腔衛生学会認定医申請単位数明細（様式 3）および規則第 8 条（3）、（4）、（5）に関する経歴および経験を証明する書類（または写し）を提出してください。経歴および経験は過去 10 年（2026 年度中に申請するものは 2016 年 4 月 1 日）以降のものとし、（様式 3）の種別ならびに内容に従って記入願います。具体的には該当部分の単位数と、証明書類またはその写しに連続番号をつけ、（様式 3）の証明資料 No. 欄にその番号を記入してください。

- (5) 規則第 9 条（5）に定める必要書類

※申請書類は学会ホームページ（<https://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/>）の会員ページからダウンロードできます。ユーザー名・パスワードが不明な場合は学会事務局へメールにてお問い合わせください。

申請について：

申請、審査料振込ならびに書類提出はオンライン方式に変更します。

PDF ファイルにまとめた申請書類一式を申請フォームならびに書類提出フォームより手続き願います。各フォームの URL 等詳細については 2026 年 3 月頃お知らせいたします。

補足説明：

- 1) 新規に申請される方で、2026年度は9月末日までに受付したものについて書類審査のうえ、規則第10条に則って試験審査を行います。試験審査は、規則第10条2項にあるように、ケースプレゼンテーションと関連の口頭試問を行います。試験の形式は、申請された書類をもとに認定医認定部会が選定したテーマ（事前に通知）について10分の発表と10分の口頭試問を行います。試験は2026年11月～12月中の土・日曜日または祝日、試験会場はWeb開催または東京での実施を予定していますが、申請状況によりましては、変更になる場合もございますので、予めご了承ください。
- 2) 申請書類（4）にかかわる単位は、規則第8条（3）に関して10単位以上、同じく第8条（4）に関しては20単位以上、同じく第8条（5）に関しては5単位以上で合計50単位以上が必要です。証明書類はできるだけ簡単なものとし、特に形式、様式は問いません。認定医認定部会ではできるだけ広く取り上げていきたいと考えていますので、単位として認められる確度の高いと考えられるものから順次多め（各項目5単位くらい）に申請してください。

規則第8条（3）の歯科保健活動経験については、委嘱状、依頼状あるいは活動記録などのコピーと、具体的にどのように住民の健康と福祉に貢献したかの簡単な説明書類を添付し、口腔衛生学に関連する臨床経験（2年以上の症例）については、1症例ごとの症例報告を証明資料として添付してください。具体的には初診時の患者の口腔所見、生活習慣、予防管理計画などを記し、その後2年間以上の処置、指導、経過についてまとめてください。

なお、本項目に関して施行細則第5条の（1）は一般社団法人日本口腔衛生学会会員として歯科医師会の役員、学校歯科医あるいは保健衛生行政関係の委員などとして地域住民の健康と福祉に貢献した者、また、施行細則第5条の（3）に関しては歯科大学（大学歯学部）の口腔衛生学、予防歯科学、社会歯科学などに関連する講座や歯科衛生士学校に常勤または非常勤で勤務し、この間一般社団法人日本口腔衛生学会会員であった者については、総合して25単位までを認めます。

規則第8条（4）については参加証、参加費の領収証、ネームタグ、学会抄録（発表者名の記載されている抄録のコピー）などの何らかの証明あるいは確認できる書類の写しを添付してください。これらの入手も不可能な場合は、申請者以外の本学会会員（できれば代議員、理事）による参加証明書などで代替できることといたします。

規則第8条（5）については、論文、報告書、発表抄録の別刷またはコピーなどのタイトル、掲載誌名と掲載巻・号・頁、著者名、概要などが確認できる部分の書類（または写し）を添付してください。タイトルのみで提出された場合は単位認定対象外となります。必ず別刷（写しも可）もしくは概要（Abstract）を添えての提出をお願いします。

2006 年度から開始いたしております認定医の研修にあたりましては、下表「一般社団法人日本口腔衛生学会指導医一覧」ならびに「一般社団法人日本口腔衛生学会認定研修機関一覧」をご参照ください。

一般社団法人日本口腔衛生学会指導医一覧（2025 年 12 月 1 日現在）

氏名	所属・連絡先（TEL）	
廣瀬 弥奈	北海道医療大学歯学部口腔構造・機能発育学系小児歯科学分野	0133-23-1412
水谷 博幸	北海道医療大学歯学部口腔構造・機能発育学系保健衛生学分野	0133-23-2549
高橋 大郎	北海道大学大学院歯学研究科口腔健康科学講座予防歯科学教室	011-706-4256
岩崎 正則	北海道大学大学院歯学研究院口腔健康科学分野予防歯科学教室歯科公衆衛生学部門	011-706-4258
佐藤美寿々	北海道大学大学院歯学研究院口腔健康科学分野予防歯科学教室歯科公衆衛生学部門	011-706-4256
岸 光男	岩手医科大学歯学部口腔医学講座予防歯科学分野	019-651-6111
廣瀬 公治	東北歯科専門学校	024-932-5690
竹内 研時	東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野	022-717-7639
小関 健由	東北大学大学院歯学研究科予防歯科学分野	022-717-8327
丹田奈緒子	東北大学大学院歯学研究科予防歯科学分野	022-717-8327
山本 龍生	神奈川歯科大学歯学部社会歯科学系社会歯科学講座口腔衛生学分野	046-822-8838
村田 貴俊	鶴見大学歯学部口腔衛生学講座	045-580-8376
角田衣理加	鶴見大学歯学部口腔微生物学講座	045-580-8441
大塚 良子	鶴見大学歯学部口腔リハビリテーション補綴学講座	045-580-8415
品田佳世子	東京科学大学歯学部	
相田 潤	東京科学大学大学院医歯学総合研究科歯科公衆衛生学分野	03-5803-5475
石塚 洋一	東京歯科大学衛生学講座	03-6380-9272
杉原 直樹	東京歯科大学衛生学講座	03-6380-9272
安井 利一	明海大学歯学部社会健康科学講座口腔衛生学分野	049-279-2786
五月女さき子	富山大学附属病院臨床研究開発推進センター	076-434-8886
小川 祐司	新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔健康科学講座予防歯科学分野	025-227-2857
葭原 明弘	新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔保健学分野	025-227-0906
小野 幸絵	日本歯科大学新潟生命歯学部衛生学講座	025-211-8125
小松崎 明	日本歯科大学新潟生命歯学部衛生学講座	025-211-8166
吉田 明弘	松本歯科大学微生物学講座	0263-51-2082
加藤 一夫	愛知学院大学歯学部口腔衛生学講座	052-751-2561
嶋崎 義浩	愛知学院大学歯学部口腔衛生学講座	052-751-2561
犬飼 順子	愛知学院大学短期大学部歯科衛生学科	052-751-2561
東 哲司	朝日大学歯学部口腔感染医療学講座社会口腔保健学分野	058-329-1497
友藤 孝明	朝日大学歯学部口腔感染医療学講座社会口腔保健学分野	058-329-1496

氏名	所属・連絡先（TEL）	
久保庭雅恵	大阪大学大学院歯学研究科口腔分子免疫制御学講座予防歯科学	06-6879-2922
竹内 倫子	岡山大学学術研究院医療開発領域歯科（予防歯科部門）	086-235-6712
山中 玲子	岡山大学学術研究院医療開発領域歯科（予防歯科部門）	086-235-6712
江國 大輔	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科予防歯科学分野	086-235-6712
埴岡 隆	宝塚医療大学保健医療学部口腔保健学科	06-6451-9734
森田 学	宝塚医療大学保健医療学部口腔保健学科	06-6451-9731
日野出大輔	徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔保健衛生学分野	088-633-7543
福井 誠	徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔保健衛生学分野	088-633-7898
伊藤 博夫	徳島大学大学院予防歯学分野	088-633-7336
片岡 宏介	徳島大学大学院医歯薬学研究部予防歯学分野・口腔保健福祉学分野	088-633-7336・ 088-633-7384
吉岡 昌美	徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科	088-602-8710
小島 美樹	梅花女子大学看護保健学部口腔保健学科	072-643-6221
横山 正明	よこやま歯科	06-6155-8118
長田 恵美	鹿児島大学医学部歯学部附属病院発達系歯科センター口腔保健科	099-275-6182
於保 孝彦	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科予防歯科学分野	099-275-6182
玉木 直文	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科予防歯科学分野	099-275-6182
山下 喜久	九州歯科大学	
安細 敏弘	九州歯科大学健康増進学講座地域健康開発歯学分野	093-285-3091
濱壽 朋子	九州女子大学家政学部栄養学科	093-693-3130
竹下 徹	九州大学大学院歯学研究院口腔予防医学分野	092-642-6353
古田美智子	九州大学大学院歯学研究院口腔予防医学分野	092-642-6353
水谷 慎介	九州大学大学院歯学研究院高齢者歯科学・全身管理歯科学分野	092-642-6485
入江浩一郎	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科口腔保健学分野	095-819-7663
晴佐久 悟	福岡看護大学基礎・基礎看護部門基礎・専門分野	092-801-0411
岡田 彩子	福岡歯科大学口腔保健学講座医療統計学分野	092-801-0616
谷口 奈央	福岡歯科大学口腔保健学講座口腔健康科学分野	092-801-0616
島津 篤	福岡歯科大学口腔保健学講座社会歯科学分野	092-801-0616
野村 義明	上海理工大学	
花田 信弘	上海理工大学	

一般社団法人日本口腔衛生学会認定医研修機関一覧（2025 年 12 月 1 日現在）

機 関 名 称	住 所	TEL
北海道医療大学歯学部口腔構造・機能発育学系 保健衛生学分野	〒 061-0293 石狩郡当別町金沢 1757	0133-23-2549
北海道大学大学院歯学研究院口腔健康科学分野 予防歯科学教室	〒 060-8586 札幌市北区北 13 条西 7 丁目	011-706-4258
岩手医科大学附属病院歯科医療センター予防歯科	〒 020-8505 盛岡市中央通 1-3-27	019-613-6111
東北大学大学院歯学研究科	〒 980-8575 仙台市青葉区星陵町 4-1	022-717-8327
明海大学歯学部附属病院口腔保健科	〒 350-0283 坂戸市けやき台 1-1	049-279-2810
東京科学大学大学院歯科公衆衛生学分野	〒 113-8549 文京区湯島 1-5-45	03-5803-5475
東京歯科大学衛生学講座	〒 101-0061 千代田区神田三崎町 2-9-18	03-6380-9272
神奈川歯科大学歯学部社会歯科学系社会医療科学講座 口腔保健学分野	〒 238-8580 横須賀市稲岡町 82	046-822-8838
新潟大学大学院医歯学総合研究科予防歯科学分野	〒 951-8514 新潟市中央区学校町通 2-5274	025-227-2858
日本歯科大学新潟生命歯学部衛生学講座	〒 951-8580 新潟市中央区浜浦町 1-8	025-267-1500
朝日大学歯学部口腔感染医療学講座社会口腔保健学分野	〒 501-0296 瑞穂市穂積 1851	058-329-1496
愛知学院大学歯学部付属病院口腔衛生科	〒 464-8650 名古屋市千種区楠元町 1-100	052-751-2561
大阪大学大学院歯学研究科口腔感染制御学系部門 予防歯科学講座	〒 565-0871 大阪府吹田市山田丘 1-8	06-6879-2922
岡山大学大学院医歯薬学域予防歯科学分野	〒 700-8558 岡山市北区鹿田町 2-5-1	086-235-6712
徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔科学部門 予防歯学分野	〒 770-8504 徳島市蔵本町 3-18-15	088-633-7337
九州歯科大学地域健康開発歯学分野	〒 803-8580 北九州市小倉北区真鶴 2-6-1	093-285-3091
九州大学大学院歯学研究院口腔予防医学分野	〒 812-8582 福岡市東区馬出 3-1-1	092-642-6353
九州大学病院周術期口腔ケアセンター	〒 812-8582 福岡市東区馬出 3-1-1	092-642-6509
福岡歯科大学医科歯科総合病院 総合歯科・口臭クリニック科	〒 814-0193 福岡市早良区田村 2-15-1	092-801-0411
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科口腔保健学分野	〒 852-8588 長崎市坂本 1-7-1	095-819-7663
鹿児島大学病院発達系歯科センター口腔保健科	〒 890-8520 鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1	099-275-6180

※指導医一覧、認定研修機関一覧は、2025 年 12 月 1 日現在、理事会承認を完了されたものです。

※同一機関に複数の指導医が在籍している場合は五十音順での掲載となります。

学会専門医申請・更新（2026 年度分）について

一般社団法人日本口腔衛生学会
理事長 山本 龍生

一般社団法人日本口腔衛生学会では 2021 年度より専門医制度を発足させ、これまでにおよそ 190 名が専門医として登録されました。2026 年度も引き続き申請受付を行いますので、資格を満たす学会認定医の方は、本誌巻末に掲載しました一般社団法人日本口腔衛生学会専門医制度規則ならびに同施行細則をお読みのうえ、ふるって申請をしていただき、多方面でこの制度をご活用されることを期待申し上げます。

また、2021 年度より一般社団法人日本口腔衛生学会指導医を新規申請される場合、一般社団法人日本口腔衛生学会指導医制度規則第 6 条（3）にありますように、専門医の資格が必要となりました。将来的に指導医の取得を目指している方は、本制度のご検討をよろしくお願いいたします。

なお、すでに一般社団法人日本口腔衛生学会指導医または専門医になられた方については、認定医の更新の必要はありません。

また、認定期限が 2026 年 12 月末までの専門医で更新を希望する方は、規則第 14 条に則って 2026 年 4 月 1 日より 9 月末日までに更新の申請を受け付けます。申請手続や必要書類などについては下記のとおりですが、試験審査はありません。

なお、今年度より申請受付をオンライン方式に変更します。詳細については 2026 年 3 月頃学会ウェブサイトならびにメーリングリストにてお知らせします。

申請書類

- (1) 専門医申請書（様式 1）
- (2) 履歴書（様式 2）

記載様式に従って記入願います。証明書類は必要としませんが、現在会員であって継続 5 年以上の会員歴を必要としますので、会費の納入を確認のうえ、できるだけ正確に記入願います。会員番号は会費振込用紙等の郵送物宛名ラベル右下に記載されている 6 桁の番号です。不明な場合は学会事務局へメールにてお問い合わせください。

- (3) 歯科医師免許証の写し
- (4) 日本口腔衛生学会認定医認定証
- (5) 規則第 8 条に定める必要書類

一般社団法人日本口腔衛生学会専門医申請単位数明細（様式 3）および規則第 8 条（4）、（6）、（8）に関する経歴および経験を証明する書類（または写し）を提出してください。経歴および経験は過去 5 年（2026 年度中に申請するものは 2021 年 4 月 1 日）以降のものとし、（様式 3）の種別ならびに内容に従って記入願います。具体的には該当部分の単位数と、証明書類またはその写しに連続番号をつけ、（様式 3）の証明資料 No. 欄にその番号を記入してください。

- (6) 規則第 8 条（5）に定める経験事例のレポート
- (7) 規則第 8 条（9）に関する修了証明書（履修チェックリスト）

※更新申請の場合は上記申請書類（4）、（6）、（7）は規則第 14 条 2 により必須ではありません。

※申請書類は学会ホームページ（<https://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/>）の会員ページからダウンロードできます。ユーザー名・パスワードが不明な場合は学会事務局へメールにてお問い合わせください。

申請について：

申請、審査料振込ならびに書類提出はオンライン方式に変更します。

PDF ファイルにまとめた申請書類一式を申請フォームならびに書類提出フォームより手続き願います。各フォームの URL 等詳細については 2026 年 3 月頃お知らせいたします。

補足説明：

- 1) 新規に申請される方で、2026年度は9月末日までに受付したものについて書類審査のうえ、規則第10条に則って試験審査を行います。試験審査は、規則第10条2にあるように、(1)筆記試験と(2)ケースプレゼンテーションと関連の口頭試問の両方を行います。(1)筆記試験は、歯科公衆衛生専門医研修プログラム基準に関連する論述問題(4問のうちから2問選択、2題×50点)について60分以内で解答していただきます。(2)ケースプレゼンテーション試験は、申請書類(6)の歯科公衆衛生活動に関する経験事例レポートをもとに10分の発表と10分の口頭試問を行います。試験は2026年11月～12月中の土・日曜日または祝日、試験会場は東京を予定していますが、申請状況によりましては、変更になる場合もございますので、予めご了承願います。
- 2) 申請書類(5)にかかわる単位は、一般社団法人日本口腔衛生学会専門医制度規則 附則2に規定する暫定措置期間中は、規則第8条(4)に関して25単位以上、同じく第8条(6)に関しては研修会参加10単位以上、学会参加10単位以上、第8条(8)に関して5単位以上、合計50単位以上が必要です。証明書類はできるだけ簡単なものとし、特に形式、様式は問いません。認定部会ではできるだけ広く取り上げていきたいと考えていますので、単位として認められる確度の高いと考えられるものから順次多め(各項目5単位くらい)に申請してください。

規則第8条(5)の歯科公衆衛生活動経験については、歯科公衆衛生活動経験に関する経験を通じて施行細則第6条に定める地域または集団等の課題の把握・評価から対応策の企画・立案、実施、事後評価に至る経験事例を1例以上必要とします。

規則第8条(6)については参加証、参加費の領収証、ネームタグ、学会抄録(発表者名の記載されている抄録のコピー)などの何らかの証明あるいは確認できる書類の写しを添付してください。これらの入手も不可能な場合は、申請者以外の本学会会員(できれば代議員、理事)による参加証明書などで代替できることとします。

規則第8条(8)については、論文、報告書、発表抄録の別刷またはコピーなどのタイトル、掲載誌名と掲載巻・号・頁、著者名、概要などが確認できる部分の書類(または写し)を添付してください。タイトルのみで提出された場合は単位認定対象外となります。必ず別刷(写しも可)もしくは概要(Abstract)を添えての提出をお願いします。

- 3) 申請書類(6)に関して、規則第8条に規定する歯科公衆衛生活動として行った、地域または集団等(患者集団を含む)の課題の把握・評価から対応策の企画・立案、実施、事後評価に至る経験事例のレポートを作成してください。この内容を、題目、背景、目的、方法、結果、参考文献、図、表などに纏め、さらに結果には統計的な分析を行った内容を含めてください。

学会指導医申請・更新（2026 年度分）について

一般社団法人日本口腔衛生学会
理事長 山本 龍生

一般社団法人日本口腔衛生学会では 2004 年度より指導医制度の運用を開始し、これまでにおよそ 80 名の指導医が誕生しています。資格を満たすと思われる学会専門医の方は、本誌巻末に掲載しました一般社団法人日本口腔衛生学会指導医制度規則ならびに同施行細則、または本学会ホームページ内の「会員ページ」を参照のうえ、ふるって申請していただき、多方面でこの制度を活用されることを期待申し上げます。

また、2006 年度から開始された認定医の育成・指導および 2021 年度から開始された学会認定歯科公衆衛生専門医の育成・指導にご協力いただける方は、指導医と認定されましたら認定研修機関の申請をしていただきますよう併せてお願いいたします。なお、指導医申請と認定研修機関の新規申請を同時に行うことも可能です。

認定期限が 2026 年 12 月末までの指導医で更新を希望する方は、規則第 12 条に則って 2026 年 4 月 1 日より 9 月末日までに更新の申請を受け付けます。申請手続や必要書類などについては下記のとおりですが、試験審査はありません。

なお、今年度より指導医の申請をオンライン方式に変更します。詳細については 2026 年 3 月頃学会ウェブサイトならびにメーリングリストにてお知らせします。

指導医申請書類：

- (1) 指導医申請書（様式 1）
- (2) 履歴書（様式 2）
- (3) 歯科医師免許証の写し

※更新の方は前回提出時より記載事項の変更がない場合は、提出を省略することができます。

- (4) 日本口腔衛生学会専門医認定証
- (5) 規則第 7 条 (5) に定める必要書類（様式 3）ならびに、これに関連する証明資料
- (6) 指導医認定審査料（11,000 円）の郵便払込金受領証のコピー
- (7) 指導医推薦書（様式 4）

※更新の方は省略することができます。

※申請書類は学会ホームページ（<https://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/>）の会員ページからダウンロードできます。

ユーザー名・パスワードが不明な場合は学会事務局へメールにてお問い合わせください。

注意) 論文・学会発表業績について

タイトルのみで提出された場合は単位認定対象外となります。必ず別刷（写しも可）もしくは概要（Abstract）を添えての提出をお願いします。

指導医申請について：

申請、審査料振込ならびに書類提出はオンライン方式に変更します。

PDF ファイルにまとめた申請書類一式を申請フォームならびに書類提出フォームより手続き願います。各フォームの URL 等詳細については 2026 年 3 月頃お知らせいたします。

研修機関申請書類：

- (1) 研修機関申請書（様式 1）
- (2) 研修機関施設概要報告書（様式 2）
- (3) 研修機関作成の歯科公衆衛生専門医研修プログラム
- (4) 更新研修機関は研修機関更新料（11,000 円）の郵便払込金受領証のコピー

※申請書類は学会ホームページ（<https://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/>）の会員ページからダウンロードできます。

ユーザー名・パスワードが不明な場合は学会事務局へメールにてお問い合わせください。

研修機関申請について：従来どおり、下記の振込先へのお振込みと、書類の郵送によるご提出をお願いいたします。

研修機関審査料振込先（通信欄に費用名目（「研修機関認定審査料」等）の記入をお願いします。）：

【郵便振替】

加入者名 日本口腔衛生学会認定医制度運営委員会

番 号 00170-5-603875（郵便局に備付の振替用紙（青色）をご利用の上、お振込み願います）

【銀行振込】

銀 行 名 ゆうちょ銀行 支店名 〇一九店（ゼロイチキユウ店）

口座番号 当座預金 0603875

カ ナ ニホンコウクウエイセイガツカイニンテイイセイダウンエイイインカイ

口座名義 日本口腔衛生学会認定医制度運営委員会

研修機関書類送付先：

封筒の表に「研修機関申請書在中」と朱書きし、下記宛に簡易書留（レターパック可）等、配達記録が残る方法（メール便不可）でお送りください。2020年度より、新規・更新申請ともに受領確認の葉書発送を廃止いたしました。予めご了承ください。

〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 一般財団法人口腔保健協会内

一般社団法人日本口腔衛生学会指導医認定部会 宛

TEL：03-3947-8891, FAX：03-3947-8341, E-mail：gakkai37@kokuhoken.or.jp

認定歯科衛生士専門審査制度の申請・更新（2026年度分）について

一般社団法人日本口腔衛生学会
理事長 山本 龍生

一般社団法人日本口腔衛生学会では公益社団法人日本歯科衛生士会と連携し、2011年度より歯科衛生士の認定事業を開始しました。2026年度分は2026年4月1日から申請を受付けます。学会員の皆様で資格のあると思われる方は、本誌巻末に掲載しました一般社団法人日本口腔衛生学会認定歯科衛生士専門審査制度規則ならびに同施行細則をお読みのうえ、ふるって申請をしていただき、多方面でこの制度をご活用されることを期待いたします。

また、2026年5月22日（金）には認定制度運営委員会 認定医認定部会・専門医認定部会・指導医認定部会と合同で第31回認定研修会の開催を予定しております。当該研修会への参加は規則第8条（4）に定める研修参加経験の10単位分として認定されます。

申請書類：

（1）認定歯科衛生士専門審査申請書（様式1）

様式に所定事項を記入のうえ、認定対象分野として「地域歯科保健」または「口腔保健管理」のいずれかを選んでいただきます。認定証には希望されたいずれかが明記されます。

（2）履歴書（様式2）

様式に従って記入願います。証明書類は必要としませんが、現在会員であって通算3年以上の会員歴を必要としますので、会費の納入を確認のうえ、できるだけ正確に記入願います。会員番号は会費振込用紙等の郵送物の宛名ラベル右下に記載されている6桁の番号です。不明な場合は学会事務局へメールにてお問い合わせください。

（3）歯科衛生士免許証の写し

（4）規則第9条（4）に定める必要書類

認定歯科衛生士専門審査単位数明細（様式3）および規則第8条（3）、（4）、（5）に関する経歴および経験を証明する書類（または写し）を提出してください。経歴および経験は過去10年（2026年度に申請する者は2016年4月1日以降、申請時点まで）のものとし、（様式3）の種別ならびに内容に従って記入願います。具体的には該当部分の単位数と、証明書類またはその写しに連続番号をつけ、単位数明細（様式3）の証明資料No.欄にその番号を記入してください。なお、証明書類は試験審査の際等に返却いたしますが、修了証等重要な書類については、写しをとって、写しの方を添付するようにしてください。

（5）認定審査料（10,000円）、または更新審査料（5,000円）の郵便払込票兼受領票の写しを提出してください。郵便局備付の郵便払込取扱票を利用の上、通信欄に【認定歯科衛生士制度認定（更新）審査料】と明記してください。

（6）上記（1）～（5）のPDFファイルを保存したCD-R 1枚を提出してください。

PDFファイル名は「認定歯科衛生士-新規もしくは更新-氏名」とし、各資料を1つのファイルにまとめてください。また、CD-R本体に氏名を記載してください。

申請期限：新規・更新ともに2026年9月30日（水）まで（消印有効）

審査料振込先（通信欄に費用名目（「認定歯科衛生士専門審査制度審査料」等）の記入をお願いします。）：

【郵便振替】

加入者名 日本口腔衛生学会認定医制度運営委員会

番 号 00170-5-603875（郵便局備付の振替用紙（青色）をご利用の上、お振込み願います）

【銀行振込】

銀 行 名 ゆうちょ銀行 支店名 ○一九店（ゼロイチキユウ店）

口座番号 当座預金 0603875

カ ナ ニホンコウクウエイセイガッカインテイイセイダウンエイイインカイ

口座名義 日本口腔衛生学会認定医制度運営委員会

書類送付先：封筒の表に「認定歯科衛生士専門審査申請書在中」と朱書きし、下記宛に簡易書留（レターパック可）等、配達記録が残る方法（メール便不可）でお送りください。2020年度より、新規・更新申請ともに受領確認の葉書発送を廃止いたします。予めご了承ください。

〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 一般財団法人口腔保健協会内

一般社団法人日本口腔衛生学会認定歯科衛生士認定部会 宛

TEL：03-3947-8891，FAX：03-3947-8341，E-mail：gakkai37@kokuhoken.or.jp

補足説明：

- 1) 2026年度は9月30日（水）までに受け付けたものについて書類審査のうえ、規則第10条に則って、ケースプレゼンテーションと関連の口頭試問にて試験審査を行います。形式は、申請書類をもとに認定歯科衛生士認定部会が選定したテーマ（事前に通知）について10分の発表と10分の口頭試問を行います。試験審査は2026年11～12月の土・日曜日または祝日、試験は東京またはWeb開催にて実施を予定しています。
- 2) 申請書類（4）にかかわる単位は、規則第8条（3）に関して10単位以上、同規則第8条（4）に関しては研修参加経験、学会参加経験を各5単位以上で計15単位以上、同規則第8条（5）に関しては2単位以上で合計35単位以上が必要です。

証明書類はできるだけ簡単なものとし、特に形式、様式は問いません。認定歯科衛生士認定部会ではできるだけ広く取り上げていきたいと考えています。単位として認められる確度の高いと考えられるものから順次多め（各項目＋5単位分くらい）に申請してください。

（1）保健活動あるいは臨床に関する経験（規則第8条（3）関係）

規則第8条（3）に関する施行細則第5条（1）の保健活動経験については、委嘱状・依頼状あるいは活動（業務）記録などの写しと、具体的にどのように住民の健康と福祉に貢献したかの簡単な説明書類を添付してください。なお、施行細則第5条（1）のただし書きにより、保健所、市町村保健センターなどの歯科保健行政機関または企業・健保組合などの健康管理部門（口腔保健センターなどの口腔保健・医療サービスを主に提供する機関を含む）に常勤の勤務歴を3年以上有する場合は、施行細則第5条（1）のa～cを総合して15単位を有する者とみなします。

施行細則第5条（2）の口腔保健管理に関連する臨床経験（2年以上の継続管理症例など）については、1症例ごとの症例報告を証明資料として添付してください。具体的には初診時の患者の口腔所見、生活習慣、予防管理計画などを記し、その後2年間以上の処置、指導、経過についてまとめてください。急性期病院などにおける短期入院患者への継続的な口腔ケア実施症例の場合は2年未満であっても1症例としても認めますので、その旨をあわせて記載してください。

施行細則第5条（3）に関しては歯科大学（大学歯学部）、歯科衛生士養成機関などへの勤務状況（常勤・非常勤の別）、授業科目の内容と担当状況がわかる、委嘱状、シラバスなどを添付してください。

（2）研修および学会の参加経験（規則第8条（4）関係）

規則第8条（4）については参加証、参加費の領収証、ネームタグ、学会抄録（発表者名の記載されている抄録のコピー）、修了証などの研修会・学会等への参加が証明・確認できる書類の写しを添付してください。これらの入手も不可能な場合は、申請者以外の本学会会員（できれば代議員、理事）による参加証明書などで代替できるものとします。なお、一般社団法人日本口腔衛生学会、その関連学会・研究会（旧・地方会）、日本歯科衛生士会および日本歯科衛生学会以外が主催する研修会の場合はプログラム等その概要がわかる書類を添付してください。

（3）論文、報告等の公表等の経験（規則第8条（5）関係）

規則第8条（5）については、論文、報告書、発表抄録の別刷またはコピーなどのタイトル、掲載誌名と掲載巻・号・頁、著者名、概要などが確認できる部分の書類（または写し）を添付してください。タイトルのみで提出された場合は単位認定対象外となります。必ず別刷（写しも可）もしくは概要（Abstract）を添えての提出をお願いします。

また、歯科衛生士研究活動支援事業で研究活動を遂行中の方は、担当サポーターメンバーによる研究活動の進捗状況および公表の見通しを記載した書類（様式任意）を添付してください。

- 3) 認定歯科衛生士専門審査制度規則および細則は巻末に綴じこまれております。また、申請書類は学会ホームページ（<https://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/>）の会員ページからのダウンロードできます。
- 4) 本制度による認定は公益社団法人日本歯科衛生士会認定歯科衛生士制度の専門分野Bとなりますので、認定証は「公益社団法人日本歯科衛生士会認定歯科衛生士（対象分野：「地域歯科保健」もしくは「口腔保健管理）」となり、専門審査合格後の公益社団法人日本歯科衛生士会への認定登録申請時には同会に入会していることが必須となります。
- 5) Web開催にて実施の場合、ご本人確認のため、カメラと音声をONにした状態で受験してください。また、Zoomにて資料の画面共有等を審査委員から指示する場合があります。Zoom使用中のトラブルにより試験の実施が困難と審査委員が判断した場合は、受験を次年度に延期することがあります。受験者はZoomの使用方法を事前に十分ご確認ください。

学会認定地域口腔保健実践者の申請（2026 年度分）について

一般社団法人日本口腔衛生学会
理事長 山本 龍生

一般社団法人日本口腔衛生学会では 2021 年度より、地域保健、学校保健、産業保健などの現場で活動されている歯科医師、歯科衛生士のほか、保健師、管理栄養士、養護教諭など地域口腔保健活動に関わる幅広い関係者を対象とした認定地域口腔保健実践者制度を運営しております。2026 年度も引き続き認定の申請受付を行いますので、資格を満たす学会員の方は、本誌巻末に掲載しました一般社団法人日本口腔衛生学会地域口腔保健実践者制度規則ならびに同施行細則をお読みのうえ、ふるって申請をしていただきますようお願い申し上げます。なお、地域口腔保健実践者の認定を受けると、認定期間中（5 年間）に開催される地域口腔保健実践者研修会（年 2 回、Zoom 開催）を無料で受講できるほか、希望者には認定ピンバッジ（有償）の配布も行っております。

申請書類

(1) 地域口腔保健実践者申請書（様式 1）

(2) 履歴書（様式 2）

記載様式に従って記入願います。証明書類は必要としませんが、現在会員であって継続 1 年以上の会員歴を必要としますので、会費の納入を確認のうえ、できるだけ正確に記入願います。会員番号は会費振込用紙等の郵送物の宛名ラベル右下に記載されている 6 桁の番号です。不明な場合は学会事務局へメールにてお問い合わせください。

(3) 経験事例の概要報告書（様式 3）

地域または集団等の課題の把握・評価から対応策の企画・立案、実施、事後評価に至る経験事例を概要報告書（様式 3：Word ファイル）に記入してください。概要報告書に経験事例として申請した取組の内容等が明らかになる資料（事業報告書、実施要領、マニュアル、論文等）があれば関連資料として添付してください。

(4) 規則第 8 条 (3) (4) に定める必要書類

一般社団法人日本口腔衛生学会地域口腔保健実践者制度申請単位数明細（様式 4）および規則第 8 条 (3), (4) に関する経験を証明する書類（または写し）を提出してください。経験は過去 5 年（2026 年度中に申請するものは 2021 年 4 月 1 日）以降のものとし、（様式 4）の種別ならびに内容に従って記入願います。具体的には該当部分の単位数と、証明書類またはその写しに連続番号をつけ、（様式 4）の証明資料 No. 欄にその番号を記入してください。

(5) 認定審査料（5,500 円）の郵便払込票兼受領票等のコピー

※申請書類各様式は学会ホームページ（<https://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/>）の会員ページからダウンロードできます。ユーザー名・パスワードが不明な場合は学会事務局へメールにてお問い合わせください。

審査料振込先（通信欄に費用名目（「地域口腔保健実践者 認定審査料」等）の記入をお願いします。）

【郵便振替】

加入者名 日本口腔衛生学会認定医制度運営委員会

番 号 00170-5-603875（郵便局に備付の振替用紙（青色）をご利用の上、お振込み願います）

【銀行振込】

銀 行 名 ゆうちょ銀行 支店名 ○一九店（ゼロイチキユウ店）

口座番号 当座預金 0603875

カ ナ ニホンコウクウエイセイガッカインテイイセイダウンエイイインカイ

口座名義 日本口腔衛生学会認定医制度運営委員会

書類送付先：

封筒の表に「地域口腔保健実践者申請書在中」と朱書きし、下記宛に簡易書留（レターパック可）等、配達記録が残る方法（メール便不可）でお送りください。なお、受領確認の葉書発送はしておりません。予めご了承願います。

〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 一般財団法人口腔保健協会内

一般社団法人日本口腔衛生学会認定制度運営委員会地域口腔保健実践者認定部会 宛

TEL：03-3947-8891, FAX：03-3947-8341, E-mail：gakkai37@kokuhoken.or.jp

補足説明：

- 1) 新規に申請される方で、2026年度は9月末日（消印有効）までに受付したものについて書類審査のうえ規則第10条に則って試験審査を行います。試験審査は、規則第10条2にあるように、「経験事例の概要報告書式3）」に関する試問を行います。試問は文書または電磁的方法にて実施し、その評価をもって可否を決定します。試問書類の提出期日等は締切日より30日以上前に本人に宛てて文書または電磁的方法で通知します。

- 2) 申請書類（3）「経験事例の概要報告書（様式3）」（Word ファイル）を学会 HP の会員ページからダウンロードの上、申請の対象となる地域口腔保健活動の事例（必ずしも、行政や学校、事業所等と連携した活動に限りません。主治医等と連携した在宅歯科医療の推進など、個々の歯科診療所等における患者集団や地域住民を対象とした取組を含みます。）について、様式に沿って、「取組期間」、「主な対象」、「取組の名称・テーマ」等を記載してください。原則、Word 等による記載（署名欄を除き、手書き不可）とし、各欄は適宜拡大していただいて構いません。「連携協力機関・団体等」、「その他本取組の特徴・特記事項等」がない場合は、「該当なし」または「特になし」と記載していただいて構いません。

「本取組の企画実施にあたって行った現状分析および設定した課題の概要」、「本取組で実施した活動（事業）の具体的対象、実施内容等の概要」、「本取組の評価結果（成果）の概要」については、それぞれ「現状分析・課題設定」、「企画・実施」、「事後評価（成果）」の概要とその各段階において申請者がどのような役割（貢献）を果たしたかが明確に判るよう記載してください。

- 3) 申請書類（4）「地域口腔保健実践者制度申請単位数明細（新規）（様式4）」における規則第8条（3）の本学会総会または研究会（旧地方会）への参加経験については、過去5年以内（2026年度中に申請するものは2021年4月1日以降）の本学会総会または研究会（旧地方会）への参加経験1回以上が必要です。参加証、参加費の領収証、ネームタグ、学会抄録（発表者名の記載されている抄録のコピー）などの何らかの参加証明あるいは確認できる書類の写しを添付してください。これらの入手も不可能な場合は、申請者以外の本学会会員（できれば代議員、理事）による参加証明書などで代替できることといたします。

規則第8条（4）に関する部会が認定する研修は2021年11月20日以降に開催された「地域口腔保健実践者研修会」（見逃し配信を含む）の受講で10単位以上が必要です。1回の受講（5単位）に加えて、提示された課題レポートを提出・承認（5単位）されれば計10単位となりますし、異なる内容の「地域口腔保健実践者研修会」を2回受講（5単位×2回）しても計10単位となります。受講終了後、学会事務局から送付される修了証の写しを証明書類として添付してください。

認定歯科衛生士認定部会企画シンポジウム開催について

一般社団法人日本口腔衛生学会
認定制度運営委員会 認定歯科衛生士認定部会

第75回日本口腔衛生学会学術大会期間中、下記内容にて認定歯科衛生士部会企画シンポジウムの開催予定です。
シンポジウム終了後、希望する会員には認定歯科衛生士制度の【口腔衛生学に関連する研修会：4単位】に該当する「受講スタンプ」を学術大会参加ネームタグへ押印いたします。特に、認定歯科衛生士を目指される会員各位の参加をお待ちしております（本シンポジウムは学術大会参加者であれば、どなたでも参加可能です）。

テーマ：「歯科衛生士に求められる業務タスクシフト・タスクシェアを考える」

1. 座長：植野 正之（埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科口腔保健科学専攻 教授）
演者：尾崎 哲則（日本大学歯学部 教授）
犬飼 順子（愛知学院大学短期大学部 教授）予定
野口 有紀（静岡県立大学短期大学部 教授）

2. 日時：未定

3. 場所：沖縄コンベンションセンター

★事前申込は不要です。

テーマ：「歯科衛生士に求められる業務タスクシフト・タスクシェアを考える」

【座長主旨】

座長：植野 正之（埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科口腔保健科学専攻 教授）

【演者1】

演者：尾崎 哲則（日本大学歯学部 教授）

【演者2】

演者：犬飼 順子（愛知学院大学短期大学部 教授）予定

【演者3】

演者：野口 有紀（静岡県立大学短期大学部 教授）

【全体討議・まとめ】

第31回一般社団法人日本口腔衛生学会認定研修会

< ご案内・申込要領 >

第31回認定研修会は、沖縄県宜野湾市で開催されます「第75回日本口腔衛生学会学術大会」の日程に合わせて、沖縄コンベンションセンターにて開催いたします。

受講希望者は学会ホームページ、または「第75回日本口腔衛生学会学術大会」のホームページから、インターネット上にてお申し込みください。

受講者は本学会会員を優先しますが、未入会の方であっても申込順に参加を受け付けます。本研修会は、一般社団法人日本口腔衛生学会認定医・専門医・指導医制度の10単位になります。さらに、認定歯科衛生士専門審査制度における研修会（10単位）の対象ともなります。

今回の研修内容は栄養と歯科口腔保健および味覚の育成を中心としました。認定医、専門医、指導医、ならびに認定歯科衛生士を目指す方だけでなく、地域と臨床の場で口腔保健に携わってご活躍の歯科医師およびコ・デンタルスタッフにも有意義なものとなるように企画しております。

なお申込み多数の場合は、定員に到達次第、締切りとさせていただきますので予めご了承ください。

主催：一般社団法人日本口腔衛生学会

運営：(認定医・専門医・指導医)認定部会、認定歯科衛生士認定部会

【日程】 2026 年 5 月 22 日 (金) 17:00 ～ 19:00

【会場】 沖縄コンベンションセンター第1会場 (A1会議室)
(〒901-2224 沖縄県宜野湾市真志喜4-3-1)

【内容】

1. 認定制度新規申請・更新上の注意 17:00～17:05
2. 「第5次食育推進基本計画に基づく栄養と歯科口腔保健の連携」 17:05～18:00
講師：清野 富久江 先生（国立保健医療科学院生涯健康研究部 部長）
3. 「豊かな味覚を育てるために」 18:05～19:00
講師：植野 正之 先生（埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科口腔保健科学専攻 教授）

【定員】 450名（先着順）

※事前登録で定員に達した場合は、当日登録は行いませんので、予めご了承ください。

【参加費】

参加者区分	事前登録 3/13まで	当日登録
会 員(医師・歯科医師)	5,000円	6,000円
非会員(医師・歯科医師)	6,000円	7,000円
医師・歯科医師 以外	2,000円	3,000円

【お申込み先】

2026年1月12日(月)参加申込サイトOPEN予定

(従来のFAXでのお申し込みから、インターネット上でのお申込みに変更となりました。)

日本口腔衛生学会認定研修会修了証は、研修会終了後、直接お渡しいたします。
ただし当日登録の方は、後日郵送いたします。

【お問合せ】 日本口腔衛生学会 認定研修会 事務局 (一財)口腔保健協会 コンベンション事業部
TEL: 03-3947-8761 FAX: 03-3947-8873 E-mail: js0h75@kokuhoken.jp

第18回日本口腔衛生学会指導医研修会

《ご案内・申込要領》

第18回指導医研修会を、第75回日本口腔衛生学会学術大会期間中に、下記の要領で開催いたします。一般社団法人日本口腔衛生学会指導医登録者の先生方には「更新の手引き」でお知らせしましたように、更新までに指導医研修会を1回以上受講する義務があります。この研修は指導医の役割の一つである「認定医の指導・育成に関する諸事項の理解」を深めていただくためのものです。

来年も実施を予定しておりますが、できるだけ早めに受講していただきますようお願いいたします。

— 開 催 要 領 —

1. 日 時 2026年5月23日(土)11:20～12:20(予定)

2. 内 容

「指導医に期待すること」

山本 龍生（神奈川歯科大学歯学部社会歯科学系社会歯科学講座口腔衛生学分野・教授）
（日本口腔衛生学会・理事長）

「認定医・専門医・指導医制度について」

嶋崎 義浩（愛知学院大学歯学部口腔衛生学講座・教授）
（日本口腔衛生学会・認定制度運営委員会 認定医認定部会・専門医認定部会
・指導医認定部会 部会長）

3. その他

- ・指導医研修会の最後に修了証取得のために必要な登録方法に関する説明をいたします。
登録が完了した方に、修了証を後日郵送いたします。
- ・参加費は必要ありません。

巻 頭 言



離島の現況と歯科診療

玉木 直文

本巻頭言を担当させていただく貴重な機会を賜り、誠にありがとうございます。

巻頭言を執筆するに至り、テーマについては色々悩みましたが、せっかくですから鹿児島県らしいことにしようと考えました。鹿児島といえば桜島、そして降灰ですが、私が赴任してから意外と灰が降っていません。そんな鹿児島ですが、南は沖縄本島のすぐ北にある与論島までが含まれます。南北 600 km ともいわれており、鹿児島市を中心にぐるっと円を描くと大韓民国の南半分や大阪まで届くほどの範囲となります。南のほうに島がたくさんあり、その多くが無歯科医地区となっています。令和 4 年度の厚生労働省の調査によれば、医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径 4 km の区域内に 50 人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することのできない無歯科医地区が 35（うち離島が 27）で、それに準じた歯科医療の確保が必要な地区が 10（うち離島が 8）あります。そこで、鹿児島県歯科医師会と鹿児島大学の協力のもと、年に二回ずつ離島巡回歯科診療を行っております。私が赴任してすぐに担当の先生からいわれたのが、「鹿児島に来た以上、一度は離島歯科診療を経験してみなくては」でした。そのこともあって離島に行かせていただきましたが、そこで経験したことを元に離島・へき地歯科医療についての考えを述べさせていただきます。

2024 年度には吐噶喇（トカラ）列島の離島歯科診療に行かせていただきましたが、行政地区は十島村と呼び、有人島が 7 島あってその総人口が 670 名、1 島当たり数十人から 130 名くらいの島民が住んでいます。活火山も多く、今年度には 2,000 回を越える群発地震でニュースになった地区でもあります。そのなかでも今回は中之島と諏訪之瀬島に、歯科医師が 2 名、研修医と臨床実習の学生、歯科医師会の歯科衛生士・事務兼運転手という陣容で 1 週間行ってきました。中之島までのアクセスは鹿児島港から約 7 時間のフェリーしかありませんし、隣の島までも約 1 時間かかります。週に 2 回のこのフェリーが食料や日用品などの購入も支えており、まさに命綱となっています。コンビニはおろか食堂もなく、民宿が 3 食提供してくれます。そんな十島村ですが、高齢化率が 27.6% と鹿児島市よりも低いのは、要介護状態になっても対応できない現状があるからです。さらに、山海留学として小学生が多いこともあります。本年度は別の島に行く予定でしたが、台風で帰りのフェリーが欠航しそうとのことで急遽キャンセルとなるなど、離島ならではのアクセスの悪さも体験しました。

実際の離島歯科診療としては、技工が必要なものまでではできないので、レジン充填や歯周基本治療、義歯調整やフッ化物歯面塗布などがメインとなります。小中学生には、歯科健診も行わなくてはなりません。不足があってもすぐに補充できないなど、陸地における過疎地などとは比べ物にならない程の不便さも体感しました。近年ではへき地医療もたしかに問題となっていますが、所詮は車でアクセスできるはずで、それに比べて、緊急時に医療にアクセスするのに長時間かかる離島の現状を改めて経験しました。しかしながら、島民の皆さんはそのような離島でも朗らかに暮らしています。是非とも一度、本当の離島を経験してみたいいただき、今後のへき地歯科医療について考えていただければと思います。

（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科予防歯科学分野教授）

要介護高齢者における舌圧と唾液中細菌との関連

船原まどか

Relationship Between Tongue Pressure and Salivary Bacteria in the Older Adults Requiring Long-term Care

Madoka FUNAHARA

緒 言

日本人の平均寿命は男性 81.4 歳、女性 87.5 歳と世界で最も長く、65 歳以上の人口割合も 27.6% に達しており、世界的にも突出している¹⁾。高齢者における誤嚥性肺炎は主要な死因の一つであり、唾液中の病原性微生物の増加、誤嚥、さらには宿主免疫力の低下が重なることで、その発症リスクが高まると考えられている。

舌圧測定は近年、口腔機能の評価方法として広く利用されるようになってきた。舌圧は全身的なフレイルとも密接に関連しており、Fried らは、非意図的な体重減少、易疲労感、握力の低下、歩行速度の低下、身体活動量の低下という 5 項目のうち 3 つ以上を満たす状態をフレイルと定義している²⁾。Satake らはこれを日本人高齢者向けに改訂し、痩せ（過去 6 か月で 2 kg 以上の体重減少）、低活動（健康を目的とした運動習慣がない）、易疲労感（過去 2 週間に理由のない倦怠感を自覚）、筋力低下（男性 28 kg 未満、女性 18 kg 未満）、歩行速度低下（1.0 m/s 未満）の 5 項目のうち 3 つ以上に該当する場合をフレイルと定義した³⁾。嚥下内視鏡検査による研究では、舌圧が低下すると嚥下機能が低下し、要介護高齢者では肺炎による死亡率の上昇とも関連することが示されている⁴⁾。舌圧は加齢やサルコペニアによって低下することが知られている⁵⁻⁷⁾が、われわれは臼歯部の機能的歯単位（Functional Tooth Unit: FTU）の減少が舌圧低下と有意に関連することを報告してきた⁸⁾。さらに、ブリッジやインプラントなどの固定性補綴装置により FTU の減少を防ぐことで舌圧の低下を抑制できることから、咀嚼機能の維持は舌圧および嚥下機能の低下を

予防するうえで重要と考えられる⁸⁾。加えて、われわれは高齢者や周術期患者において、経口摂取ができない場合には唾液中の細菌数が有意に増加することを報告している^{9,10)}。しかし、舌圧の低下と唾液中細菌数の関連については、これまで十分に検討されてこなかった。本研究の目的は、長期介護を必要とする高齢者において、舌圧低下と唾液中細菌数の増加との関連性を明らかにすることである。

対象および方法

本研究は、唾液中の総細菌数に関連する因子を明らかにすることを目的とした横断研究である。調査対象は、施設または自宅で生活している要介護高齢者 95 名とした。すべての対象者は経口摂取が可能であり、顎顔面領域に麻痺を認めず、舌圧測定の指示に従うことができ、データに欠損がない者を条件とした。調査は 2021 年 9 月から 10 月にかけて実施した。

本研究はヘルシンキ宣言の原則に従い、長崎大学病院倫理審査委員会の承認（#21091314）を得て行われた。全参加者から文書による同意を取得し、また大学病院医療情報ネットワーク臨床試験登録（UMIN-CTR, #UMIN000045466, 2021 年 9 月 21 日）にも登録された。

調査項目は、性別、年齢、歩行速度低下（1 m/s 未満）、筋力低下（握力：男性 28 kg 未満、女性 18 kg 未満）、やせ（過去 6 か月で 2 kg 以上の体重減少）、易疲労感（過去 2 週間に理由のない倦怠感）、低活動（健康目的の運動習慣がない）、残存歯数、FTU（Functional Tooth Unit）、義歯使用、口腔衛生状態、舌苔指数、舌圧、口腔乾燥、唾液中細菌数とした。握力はデジタル握

力計 T.K.K.5405 (竹井機器工業株式会社, 新潟) を用いて両手 2 回ずつ測定し, 最大値を記録した¹¹⁾. FTU は, 対合する小白菌 2 本を 1 FTU, 大白菌 2 本を 2 FTU と定義し, 最大 12 FTU とした¹²⁾. さらに, 天然菌のみを FTU (n-FTU), 固定性補綴を含む FTU (nif-FTU), 可撤性義歯を含む FTU (t-FTU) の 3 種類に分類した. 口腔衛生状態は Oral Hygiene Index (OHI) の Debris Index (DI) および義歯のプラーク付着に基づいて評価した. $DI < 2$ かつ義歯にプラークが認められない場合を良好, $DI \geq 2$ または義歯にプラークが認められる場合を不良と判定した¹³⁾. 舌苔指数は舌背を 9 区画に分け, それぞれの区画を 0 (なし), 1 (薄い), 2 (厚い) で評価し, その合計値を用いた¹⁴⁾. 舌圧は舌圧測定器 JMS-TPM (株式会社ジェイ・エム・エス, 広島) を用い, プローブ先端のバルーンを口蓋に押し当てて測定した⁸⁾. 口腔乾燥はデンタルミラーを用いて評価し, ミラーが湿潤により頬粘膜に付着しない場合を「乾燥なし」, 唾液が少なく付着する場合を「乾燥あり」と判定した¹⁵⁾. 唾液は濾紙 (Advantec Nobuto Blood Sampling Paper strip type I, 東洋紡株式会社, 大阪) を口腔底に 10 秒間留置して採取した. 濾紙の先端 10 mm を切り取って DNA を抽出し, リアルタイム PCR により総細菌数, 総 Streptococci, MRSA, *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Porphyromonas gingivalis*, *Candida albicans* を定量した^{16,17)}.

統計解析は SPSS ver.26 (日本 IBM 株式会社, 東京) を用いた. 唾液中総細菌数と各因子との関連を, カテゴリ変数は Mann-Whitney U 検定, 連続変数は Spearman の順位相関係数を用いて解析した. その後, 関連があると考えられる因子を共変量として重回帰分析を行った. また, 舌圧と各菌種割合の関連は Spearman の順位相関係数により検討した.

結 果

本研究は観察研究として実施され, 症例数の目標を 100 例に設定した. 測定が困難であった 5 例を除外し, 最終的に 95 例を解析対象とした. 平均年齢は 82.9 歳で, 男性 31 例, 女性 64 例であった. フレイルに該当したのは 77 例 (81.1%) であり, 平均舌圧は 12.8 ± 10.4 kPa であった (表 1).

1. 唾液中総細菌数に関連する因子

唾液中細菌数と各因子について単変量解析を行った結果, 筋力低下 ($p=0.019$), 易疲労感 ($p=0.005$), 口腔衛生状態の不良 ($p=0.014$), 高齢 ($p=0.047$), 舌圧低下

($p=0.001$) が細菌数の増加と有意に関連していた (表 2). フレイル該当群では舌圧が低い傾向を示したが, 有意差は認められなかった ($p=0.059$). さらに, 年齢, 口腔衛生状態, 筋力低下, 口腔乾燥, 舌圧の 5 変数を共変量として重回帰分析を行ったところ, 口腔衛生状態の不良 ($p=0.042$) と舌圧低下 ($p=0.036$) が唾液中細菌数増加の独立したリスク因子として抽出された (表 3).

2. 舌圧と各菌種の関連

舌圧低下は *P. gingivalis* 数の増加と有意に関連していた ($p=0.001$). その他の菌種については有意な関連は認められなかった (表 4).

考 察

本研究の結果から, 要介護高齢者において舌圧の低下が経口摂取者の唾液中細菌数の増加と有意に関連することが示された. 近年, 口腔衛生と肺炎との関連については多くの報告がなされている¹⁸⁾. Yoneyama らは, 毎食後の歯磨きに加え, 看護師や介護者によるポビドンヨードを用いた口腔清拭, さらに歯科医師や歯科衛生士による週 1 回の専門的ケアを組み合わせることで, 介護施設入所高齢者の肺炎発症率を低下させることを報告している¹⁹⁾. ただし, 肺炎の減少に寄与した要因が歯磨きであったのか, あるいはポビドンヨードによる清拭であったのかについては明確ではない. 同報告では, 対照群における有菌顎高齢者の肺炎発症率が 21% であったのに対し, 口腔ケア群では 9% に低下したこと, さらに無菌顎高齢者においても菌垢が存在しないにもかかわらず, 対照群で 20%, 口腔ケア群で 9% と同様の傾向を示したことが示されている. これらの結果から, 肺炎の発症要因は菌垢のみでは説明できず, 他の因子の関与も考慮する必要があることが示唆される. したがって, 肺炎の予防において口腔衛生管理の重要性は広く認識されているものの, その発症メカニズムの詳細な解明や, より適切かつ個別性に応じたケア方法の確立が今後の課題として残されている.

誤嚥性肺炎の発症には, 口腔内細菌のみならず多様な因子が関与する. Manabe らは, 誤嚥性肺炎のリスク因子として喀痰吸引, 嚥下機能の低下, 脱水, 認知症を挙げている²⁰⁾. 一方, van der Maarel-Wierink らは, フレイル高齢者における誤嚥性肺炎の危険因子として, 年齢, 男性, 肺疾患の既往, 嚥下障害, 糖尿病, 重度認知症, アンジオテンシン変換酵素 (ACE) 欠失型遺伝子, 口腔衛生状態の不良, 低栄養, パーキンソン病に加え, 抗精神病薬, プロトンポンプ阻害薬, アンジオテンシン変換酵素阻害薬の使用を報告し, 同時に口腔衛生状態

表1 対象者の背景

項目	n/ 平均 ±SD
性別	男 31 女 64
年齢	82.9±11.5
歩行速度低下	(-) 13 (+) 82
筋力低下	(-) 7 (+) 88
やせ	(-) 84 (+) 11
易疲労感	(-) 82 (+) 13
低活動	(-) 14 (+) 81
フレイル	(-) 18 (+) 77
舌圧 (kPa)	12.8±10.4
残存歯数	10.5±9.68
n-FTU	1.89±3.39
nif-FTU	2.13±3.66
t-FTU	8.60±4.71
義歯の使用	(-) 36 (+) 59
口腔衛生状態	良好 37 不良 58
舌苔付着度	4.14±4.23
口腔乾燥	(-) 76 (+) 19

SD: 標準偏差

FTU: Functional Tooth Unit

n-FTU: 天然歯による FTU

nif-FTU: 天然歯とインプラントまたは固定性補綴歯による FTU
t-FTU: 天然歯・インプラント・固定性補綴歯・可撤性義歯を含む総合的 FTU(Funahara et al., 2023³⁶⁾ より改変)

表2 唾液中総細菌数に関連する因子 (単変量解析)

i) 項目 (カテゴリ変数)	総細菌数の対数値 (中央値 [25-75% タイル])	p 値 §
性別	男 3.83 (1.09) 女 4.03 (1.02)	0.809
歩行速度低下	(-) 3.89 (0.86) (+) 3.98 (1.04)	0.488
筋力低下	(-) 3.15 (1.47) (+) 3.98 (0.95)	0.019
やせ	(-) 3.91 (1.06) (+) 4.11 (0.79)	0.507
易疲労感	(-) 3.86 (0.93) (+) 4.64 (1.37)	0.005
低活動	(-) 3.78 (0.83) (+) 4.02 (1.05)	0.378
フレイル	(-) 3.66 (1.03) (+) 4.02 (1.01)	0.059
義歯の使用	(-) 3.84 (1.22) (+) 3.92 (0.91)	0.768
口腔衛生状態	良好 3.73 (0.68) 不良 4.20 (0.95)	0.014*
口腔乾燥	(-) 3.92 (0.94) (+) 4.20 (1.59)	0.297
ii) 項目 (連続変数)	相関係数	p 値 †
年齢	0.211	0.047*
舌圧	-0.338	0.001**
残存歯数	-0.021	0.841
n-FTU	-0.062	0.553
nif-FTU	-0.042	0.687
t-FTU	-0.084	0.418
舌苔付着度	0.053	0.608

§ マン・ホイットニーの U 検定

† 相関係数はスピアマン順位相関係数による

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.(Funahara et al., 2023³⁶⁾ より改変)

不良の寄与は限定的であるとも指摘している²¹⁾。したがって、誤嚥性肺炎のリスク評価においては、口腔衛生だけでなく嚥下障害をはじめとする多因子的な側面を考慮する必要がある。実際、高齢者では舌圧低下と嚥下障害の関連が報告されており^{3,22-25)}、舌圧低下はパーキンソン病²⁶⁾、脳卒中²⁷⁾、筋萎縮性側索硬化症 (ALS)²⁸⁾ 患者における嚥下障害とも関連しているとされる。さらに Chang らは、地域在住高齢者において、舌圧低下が嚥下障害のみならず低栄養の要因となることを報告している²⁹⁾。われわれも、要介護高齢者において舌圧低下が嚥下障害を引き起こし、誤嚥性肺炎による死亡リスクを

増加させることを明らかにしている²⁾。

一方で、舌圧の低下をどのように予防・改善すべきかについては、現時点では十分に解明されていない^{30,31)}。舌圧は全身的フレイルに伴い低下することが知られている³⁻⁵⁾が、逆に舌圧低下が摂食機能や嚥下機能、さらには栄養状態の悪化を通じてフレイルを進行させる可能性もある^{32,33)}。したがって、舌圧低下を防ぐためには全身的フレイルの予防が重要と考えられる。ただし、全身的にフレイルの状態であっても舌圧を保持している高齢者も存在する。われわれは、臼歯部 Functional Tooth Unit (FTU) の減少に伴い舌圧が低下すること、さら

表3 唾液中総細菌数に関連する因子（多変量解析）

項目	非標準化係数		標準化係数	95%信頼区間		p 値
	B	SE	β	lower	Upper	
年齢	0.009	0.008	0.129	-0.007	0.025	0.281
口腔衛生状態	0.319	0.154	0.202	0.012	0.626	0.042*
フレイル	-0.074	0.242	-0.038	-0.555	0.406	0.759
口腔乾燥	0.306	0.189	0.159	-0.069	0.681	0.108
舌圧	-0.020	0.008	-0.272	-0.036	-0.005	0.036*

重回帰分析 * $p<0.05$.(Funahara et al., 2023³⁶⁾ より改変)

表4 舌圧と各菌種数との相関

菌種	相関係数	p 値
total streptococci	-0.165	0.109
MRSA	-0.202	0.847
<i>Candida albicans</i>	-0.169	0.102
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	-0.051	0.620
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	-0.336	0.001**

相関係数はスピアマンの順位相関係数による ** $p<0.01$.(Funahara et al., 2023³⁶⁾ より改変)

にブリッジやインプラントといった固定性補綴装置が舌圧低下の抑制に寄与する可能性を報告してきた⁶⁾。これらの知見は、咀嚼が舌筋を鍛える役割を果たし、舌圧低下の防止につながる可能性を示唆している。さらにわれわれは、唾液中の病原性微生物の増加、誤嚥、免疫力の低下という3つの要因が重なったときに誤嚥性肺炎のリスクが高まると考えている。食物を適切に咀嚼するには、歯の存在や咬合力に加えて、舌の十分な機能が不可欠である。Sagawa ら³⁴⁾ は、28 歯を有する高齢者 245 名を対象に、咬合力、舌筋力、舌運動速度、咀嚼能率を調査し、口腔運動機能の保持と咬合支持の維持が高齢者の咀嚼機能維持に重要であることを報告している。

本研究では咀嚼能率を直接測定していないため明確ではないが、舌圧の低下は不十分な咀嚼につながる可能性があると考えられる。嚥下障害との関連についても、先行研究と同様の傾向が示唆されており、舌圧を保つためには天然歯や固定性補綴装置によって FTU を維持し、固形物を咀嚼することが重要である。これらの知見は、舌圧と咀嚼が口腔内の病原性微生物数および嚥下機能の双方に関わっており、いずれも誤嚥性肺炎リスクに直結する因子であることを示している。しかしながら、舌圧と唾液中細菌数の関連を検討した報告はいまだ限られているのが現状である。Ryu らは、健常な無歯顎患者 68

例を対象とした研究で、唾液中嫌気性菌数が安静時唾液分泌量、舌苔付着の程度、義歯ブラークの状態、自己口腔清掃の頻度と有意に関連する一方で、舌圧との関連は認められなかったと報告している³⁵⁾。一方、本研究では多変量解析の結果、舌圧低下が唾液中細菌数増加の独立したリスク因子であることが示された。両研究の相違点として、Ryu らの対象は平均舌圧 32.0±13.2 kPa の健常者であったのに対し、本研究の対象は平均舌圧 12.8±10.4 kPa の要介護高齢者であったこと、また Ryu らが測定したのは嫌気性菌数であったのに対し、本研究では総細菌数を評価した点が挙げられる。

本研究にはいくつかの制約がある。まず、対象を要介護高齢者に限定しているため、本研究結果をすべての高齢者に一般化できるかについては不明である。次に、臨床検査値などの医学的所見を独立変数として組み込んでいない点も限界として挙げられる。さらに、参加者数が限られていたため、誤嚥性肺炎発症をエンドポイントとして検証することはできなかった。また、本研究は横断研究であるため、舌圧低下と唾液中細菌数増加との因果関係を直接示すものではなく、関連性の解釈には注意を要する。しかしながら、われわれの知る限り、本研究は舌圧低下に伴い唾液中細菌数が増加することを直接示した初めての報告である。今後は、より大規模な要介護高齢者集団を対象に、舌圧低下と唾液中細菌数の増加が誤嚥性肺炎発症とどのように関連するかを検討していく必要がある。

結論として、本研究の結果、口腔衛生状態の不良および舌圧低下が唾液中細菌数増加の独立したリスク因子であることが明らかとなった。さらに、舌圧の低下は唾液中総細菌数ならびに *P. gingivalis* の増加と有意に関連しており、舌圧の保持が細菌学的観点からも重要であることが示唆された。

謝 辞

本研究の実施に際しご協力いただきました先生方に深く感謝申し上げます。また、本研究を進めるうえで多大なるご支援を賜りました関係各位にも、厚く御礼申し上げます。

文 献

- 1) Minakuchi S, Tsuga K, Ikebe K et al.: Oral hypofunction in the older population: position paper of the Japanese Society of Gerodontology in 2016. *Gerodontology* 35: 317–324, 2018.
- 2) Fried LP, Tangen CM, Walston JD et al.: Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56: M146–M157, 2001.
- 3) Satake S, Shimada H, Yamada M et al.: Prevalence of frailty among community-dwellers and outpatients in Japan as defined by the Japanese version of the cardiovascular health study criteria. *Geriatr Gerontol Int* 17: 2629–2634, 2017.
- 4) Sakamoto Y, Oyama G, Umeda M et al.: Effects of decreased tongue pressure on dysphagia and pneumonia survival rate in elderly people requiring long-term care. *J Dent Sci* 17: 856–862, 2022.
- 5) Maeda K, Akagi J: Decreased tongue pressure is associated with sarcopenia and sarcopenic dysphagia in the elderly. *Dysphagia* 30: 80–87, 2015.
- 6) Kobuchi R, Okuno K, Kusunoki T et al.: The relationship between sarcopenia and oral sarcopenia in elderly people. *J Oral Rehabil* 47: 636–642, 2020.
- 7) Yamanashi H, Shimizu Y, Higashi M et al.: Validity of maximum isometric tongue pressure as a screening test for physical frailty: Cross-sectional study of Japanese community-dwelling older adults. *Geriatr Gerontol Int* 18: 240–249, 2018.
- 8) Tashiro K, Soutome S, Funahara M et al.: The relationship between dental findings and tongue pressure: A survey of 745 community-dwelling adults and elderly persons in Japan. *Gerontology* 67: 517–524, 2021.
- 9) Funahara M, Yanamoto S, Soutome S et al.: Clinical observation of tongue coating of perioperative patients: Factors related to the number of bacteria on the tongue before and after surgery. *BMC Oral Health* 18: 223, 2018.
- 10) Funahara M, Soutome S, Hayashida S et al.: An analysis of the factors affecting the number of bacteria in the saliva of elderly adults in need of care. *Int J Gerontol* 12: 205–207, 2018.
- 11) Chen LK, Liu LK, Woo J et al.: Sarcopenia in Asia: Consensus report of the Asian Working Group for Sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc* 15: 95–101, 2014.
- 12) Hildebrandt GH, Dominguez BL, Schork MA et al.: Functional units, chewing, swallowing, and food avoidance among the elderly. *J Prosthet Dent* 77: 588–595, 1997.
- 13) Greene JC, Vermillion JR: The oral hygiene index: A method for classifying oral hygiene status. *J Am Dent Assoc* 61: 172–179, 1960.
- 14) Shimizu T, Ueda T, Sakurai K: New method for evaluation of tongue-coating status. *J Oral Rehabil* 34: 442–447, 2007.
- 15) Andersson P, Hallberg IR, Renvert S: Inter-rater reliability of an oral assessment guide for elderly patients residing in a rehabilitation ward. *Spec Care Dentist* 22: 181–186, 2002.
- 16) Tsuda S, Soutome S, Hayashida S et al.: Topical povidone iodine inhibits bacterial growth in the oral cavity of patients on mechanical ventilation: A randomized controlled study. *BMC Oral Health* 20: 62, 2020.
- 17) Soutome S, Yanamoto S, Sumi M et al.: Effect of periosteal reaction in medication-related osteonecrosis of the jaw on treatment outcome after surgery. *J Bone Miner Metab* 39: 302–310, 2021.
- 18) van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JN, Bronkhorst EM et al.: Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: A systematic literature review. *Gerodontology* 30: 3–9, 2013.
- 19) Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T et al.: Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 50: 430–433, 2002.
- 20) Manabe T, Teramoto S, Tamiya N et al.: Risk factors for aspiration pneumonia in older adults. *PLoS One* 10: e0140060, 2015.
- 21) van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JN, Bronkhorst EM et al.: Risk factors for aspiration pneumonia in frail older people: A systematic literature review. *J Am Med Dir Assoc* 12: 344–354, 2011.
- 22) Shimizu A, Maeda K, Nagami S et al.: Low tongue strength is associated with oral and cough-related abnormalities in older inpatients. *Nutrition* 83: 111062, 2021.
- 23) Yoshida M, Kikutani T, Tsuga K et al.: Decreased tongue pressure reflects symptom of dysphagia. *Dysphagia* 21: 61–65, 2006.
- 24) Namasivayam-MacDonald AM, Morrison JM, Steele CM et al.: How swallow pressures and dysphagia affect malnutrition and mealtime outcomes in long-term care. *Dysphagia* 32: 785–796, 2017.
- 25) Stierwalt JA, Youmans SR: Tongue measures in individuals with normal and impaired swallowing. *Am J Speech Lang Pathol* 16: 148–156, 2007.
- 26) Minagi Y, Ono T, Hori K et al.: Relationships between dysphagia and tongue pressure during swallowing in Parkinson's disease patients. *J Oral Rehabil* 45: 459–466, 2018.
- 27) Konaka K, Kondo J, Hirota N et al.: Relationship between tongue pressure and dysphagia in stroke patients. *Eur Neurol* 64: 101–107, 2010.
- 28) Hiraoka A, Yoshikawa M, Nakamori M et al.: Maximum tongue pressure is associated with swallowing dysfunction in ALS patients. *Dysphagia* 32: 542–547, 2017.
- 29) Chang KV, Wu WT, Chen LR et al.: Suboptimal tongue pressure is associated with risk of malnutrition in community-dwelling older individuals. *Nutrients* 13: 1821, 2021.

- 30) Wakabayashi H, Matsushima M, Momosaki R et al.: The effects of resistance training of swallowing muscles on dysphagia in older people: A cluster, randomized, controlled trial. *Nutrition* 48: 111-116, 2018.
- 31) Park T, Kim Y: Effects of tongue pressing effortful swallow in older healthy individuals. *Arch Gerontol Geriatr* 66: 127-133, 2016.
- 32) Tanaka T, Takahashi K, Hirano H et al.: Oral frailty as a risk factor for physical frailty and mortality in community-dwelling elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 73: 1661-1667, 2018.
- 33) Bassim CW, MacEntee M, Nazmul S et al.: Self-reported oral health at baseline of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Community Dent Oral Epidemiol* 48: 72-80, 2020.
- 34) Sagawa K, Furuya H, Ohara Y et al.: Tongue function is important for masticatory performance in the healthy elderly: A cross-sectional survey of community-dwelling elderly. *J Prosthodont Res* 63: 31-34, 2019.
- 35) Ryu M, Ueda T, Saito T et al.: Oral environmental factors affecting number of microbes in saliva of complete denture wearers. *J Oral Rehabil* 37: 194-201, 2010.
- 36) Funahara M, Soutome S, Sakamoto Y et al.: Relationship between tongue pressure and salivary bacteria in the older adults requiring long-term care. *Gerontology* 69: 282-288, 2023.
- 著者への連絡先**：船原まどか 〒803-8580 福岡県北九州市小倉北区真鶴2-6-1 九州歯科大学歯学部口腔保健学科
TEL：093-582-1131 FAX：093-582-6000
E-mail：r17funahara@fa.kyu-dent.ac.jp
-

ミニレビュー (2025 年度 LION Award 受賞論文)

周術期ガムトレーニングは胸部食道がん術後の舌圧低下を予防する： 非ランダム化試験

山中 玲子

Perioperative Gum-chewing Training Prevents a Decrease in Tongue Pressure After
Esophagectomy in Thoracic Esophageal Cancer Patients: A Nonrandomized Trial

Reiko YAMANAKA

緒 言

食道がんは世界で8番目に多いがん種であり、がんによる死亡原因の第6位である¹⁾。食道切除術は侵襲性が高く²⁾、肺炎、誤嚥、反回神経麻痺、吻合部縫合不全などの術後合併症のリスクが高い。また、術後急性期には骨格筋の喪失が顕著であり、長期予後を悪化させる³⁾。低侵襲食道切除術が普及してきたが、食道切除術後の予後改善に向けた更なる取り組みが求められている。

われわれは、食道がん患者において、術後2週間目に舌圧が有意に減少し、舌圧の減少は集中治療室(Intensive Care Unit: ICU)在室期間の延長、嚥下障害および肺炎の増加と関連していることを報告した⁴⁾。舌圧の低下は嚥下障害の一症状であり⁵⁾、舌圧の低下は食道切除後誤嚥の唯一の介入可能な予測因子である。舌圧低下を防ぐリハビリテーションは、誤嚥リスクを減らす可能性がある⁶⁾。周術期胸部食道がん患者において、術後舌圧低下を予防するリハビリテーションが求められる。

ガムトレーニングは、口腔機能を改善する簡便な方法である。2週間のガムトレーニングにより、健康な大学生の舌圧が著しく増加したとの報告がある⁷⁾。また、食事時に顕著な嚥下障害を示さないステージⅡ～Ⅳ度パーキンソン病患者において、ガムトレーニングにより、嚥下頻度が増加し、嚥下潜時が短縮したとの報告がある⁸⁾。さらに、ガムトレーニングは手術後の回復を促進する^{9,10)}。例えば、術後のガムトレーニングにより、結腸直腸手術と帝王切開を受けた患者の胃腸機能の回復が改

善する⁹⁾。ガムトレーニングは、結腸直腸手術後のイレウスを改善するために、安価で忍容性(患者に受け入れられる度合い)が高く、安全で効果的な手段である¹⁰⁾。ガムトレーニングは、嚥下を含むさまざまな口腔機能を改善し、胃腸機能の回復を促進する可能性がある。しかし、周術期のガムトレーニングが、食道切除後の舌圧減少を効果的に予防するかどうかは不明である。

このような背景から、われわれはガムトレーニングが食道切除後の舌圧低下を予防するのではないかと仮説を設定した。本研究の目的は、周術期ガムトレーニングが食道切除後2週間目における舌圧低下を予防し、予後を改善するかどうかを検証することとした。

対象および方法

1. 倫理的配慮

本研究は、「ヘルシンキ宣言」および「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に従い、岡山大学医療系部局臨床研究審査専門委員会の承認を受けた後、実施機関の長の許可を得たうえで実施した(承認番号: R2009-007)。

研究対象者には、本研究の目的、検査方法、プライバシーの保護、参加しない場合でも不利益を受けないこと、参加に同意した後いつでもこれを撤回できることなどを書面と口頭で十分に説明し、文書で同意を得た。

2. 研究デザイン

歴史的対照群を用いた非ランダム化比較試験とした。患者(P)、介入(I)、比較(C)、アウトカム(O)モデルは、以下の通りとした。P: 一期的根治的食道切除術

を予定している原発性胸部食道癌患者、I：周術期ガムトレーニングあり（ガム群）、C：周術期ガムトレーニングなし（対照群）、O：術後2週目に舌圧が低下した患者の割合。

本研究は、大学病院医療情報ネットワークに登録した（登録番号：UMIN000038361）。

3. サンプルサイズの計算

われわれの以前の研究では、食道がん患者において、舌圧は、術前ベースライン（ 35.6 ± 7.3 kPa）から術後2週間目（ 34.2 ± 7.3 kPa）に有意に減少し（ $p=0.011$ ，対応のある t 検定），59人中37人（62.7%）の舌圧が減少した⁴⁾。また、59人の患者のうち、ベースラインと術後2週間目の舌圧が同じであった患者は1人であった（データなし）。したがって、59人の食道がん患者のうち38人（64.4%）の舌圧は、術後2週間目で減少したか、あるいは、変化しなかった⁴⁾。これらのことから、ガム群では40%の患者において、術後に舌圧が減少すると予測した⁴⁾。そして、術後に舌圧が減少した患者の割合が最大で65%になることを期待した。したがって、期待割合と閾値割合はそれぞれ40%と65%とした。アルファ（ α ）レベル0.05、およびベータ（ β ）レベル0.2を確保するには、単群試験で24のサンプルサイズが必要であった。傾向スコアマッチング法を用いて歴史的対照群とマッチングを行うため、参加者の40%はマッチングされないか、試験から脱落する可能性があるとして想定された。これにより、必要なサンプルサイズは40となり、募集可能と判断した。

4. 対象者

組み入れ基準は、岡山大学病院において第一期根治的食道切除術を予定している20～79歳の初発の胸部食道がん患者とし、除外基準は、ガムを噛めない患者、責任歯科医師または分担医師、歯科医がアドヒアランス不良など不適切と判断した患者、食道切除術後に身体状態が悪化した患者、言語聴覚士（ST）の指導の下で術後摂食嚥下リハビリテーションを受けた患者、脳血管障害と嚥下障害の両方を有する患者とした。

5. ガムトレーニング

対象患者は、1日3回、POs-Ca ガム（江崎グリコ株式会社、大阪）2粒を用いて、約5分間の周術期ガムトレーニングを実施した。まず、ガムを左右交互に10回、3分間噛み⁷⁾、次に、舌を伸ばし、ガムを口蓋に5回押し付け、唾液を1回飲み込んだ。最後に、ガムを口蓋に貼りつけた状態で、舌小帯を5回伸ばした¹¹⁾。実施の有無は、ガムカレンダーに記録した。ガムトレーニングの開始時期は、術前外来診察時、または、入院して術

前化学療法を受けた患者では化学療法終了後の退院前であった。食道切除当日に中断し、術後2日以上経過し、かつ、食道外科医と麻酔科医が安全であることを確認した後、再開された。術前ガムトレーニング期間は患者がガムトレーニングを開始した日によって決まり、術後ガムトレーニング期間はガムトレーニングが再開された日によって規定された（術後は最大13日間）。

6. 舌圧評価と反復唾液嚥下テスト（Repetitive Saliva Swallowing Test: RSST）

舌圧とRSSTスコアは、食道切除前日と術後2週間目に測定した。舌圧は、舌で舌圧測定器（JMS株式会社、広島）のバルーンを圧迫することで測定し、3回測定した平均値を舌圧の値とした¹²⁾。舌圧の変化は、食道切除後2週間目の舌圧から食道切除前日の舌圧を差し引いて計算した。RSSTは、患者に30秒間にできるだけ多く嚥下するよう指示し、歯科医師が嚥下回数を数え、連続変数として扱った。

7. 全身状態の評価

患者の術前の特徴と術後臨床所見は、電子カルテの記録から収集した。肺炎、誤嚥、吻合部漏出は、Clavien-Dindo（CD）グレードが2以上の場合に「あり（+）」とした。術後の反回神経麻痺は、CDグレードが1以上（臨床観察または診断評価のみ、介入は適応とならない）の場合に「あり（+）」とし^{6,13-15)}。声帯麻痺は、麻酔科医と外科医によって術後の光ファイバー検査または透視検査を用いて確認された。

8. 共変量

臨床的知見および過去の研究¹⁶⁻¹⁸⁾に基づいて、舌圧と関連する可能性のある潜在的な交絡因子を検討した。その結果、術前年齢、性別、Body mass index（BMI）、およびRSSTスコアを潜在的な交絡因子とした。

9. 統計分析

データは、割合付き頻度、または、四分位範囲（IQR: 25%, 75%）付きの中央値として表示した。

本研究のリサーチクエスションは、ガム群の結果がガムトレーニングによって影響を受けるかどうかであった。調整済みの舌圧差は傾向スコアマッチングを用いて得られた。ガムトレーニングの傾向スコアは、潜在的交絡因子を含めたロジスティック回帰モデルを用いて推定した。ガム群の患者（ $n=32$ ）は、傾向スコア（ロジットスケール）の標準偏差（Standard Deviation: SD）に0.35のキャリパーを使用して、1:1最近傍マッチングアルゴリズムで置換法を用いて対照群の患者（ $n=44$ ）とマッチングされた。

2群間の比較には、Mann-Whitney U 検定、 χ^2 検定、

Fisher の正確検定を用い、 $p < 0.05$ で有意とした。すべての統計解析は、SPSS Statistics for Windows (バージョン 26.0, IBM Japan, 東京) を用いて実施した。

結 果

本研究では、2021 年 3 月 29 日から 2022 年 5 月 19 日の間に、胸部食道がん患者 40 名が登録された。対照群の患者 92 名は、2016 年 1 月から 2017 年 12 月の間に登録された⁴⁾。

40 名中 32 名の患者がガムトレーニングを完了した (図 1)。術前ガムトレーニング期間は中央値 16.0 (25% 値: 9.5, 75% 値: 22.0) 日間、術後ガムトレーニング期間は 12 日間であり、実施率は術前 100 (93.8, 100.0) %, 術後 89.0 (62.2, 100.0) % であった。ガムトレーニング中に歯の修復物が脱離した事象が 1 件あったが、速やかに再装着され、ガムトレーニングは継続された。

傾向スコアマッチングにより、25 症例ずつのマッチングコホートが得られた (表 1)。マッチングされた被験者は類似しており、すべての潜在的交絡因子の SMD は 0.25 未満であった。

その他、ガムトレーニングによる有害事象は特になく、術後の誤嚥や肺炎、縫合不全等は、2 群間で有意な差はなかった (表 2)。ガム群において術後 2 週間目の舌圧が術前の舌圧より減少した患者の割合は 44.0% であり、対照群の 76.0% より有意に低くなった ($p = 0.020$) (図 2)。ガム群における術後 2 週間目の舌圧から術前の舌圧を引いた差の中央値は 0.77 (-1.60, 3.23) kPa であり、対照群 -3.07 (-6.07, -0.25) kPa よりも有意に大きく ($p = 0.001$) (図 3)、ガム群の術後 2 週間目 RSST スコアも 5.0 (3.5, 6.0) であり、対照群 4.0 (2.5, 4.0) よりも有意に大きかった ($p = 0.004$) (図 4)。さらに、術後発熱日数は、ガム群 1 (0, 2) 日であり、対照群 2 (1, 4) 日より、有意に少なかった ($p = 0.025$) (図 5)。また、挿管日数および ICU 在室期間は、ガム群で対照群よりも有意に短かった ($p = 0.005$, $p = 0.036$) (表 2)。

一方で、ガム群は対照群よりも、術後の絶食期間が有意に長く ($p = 0.036$)、在院日数も長かった ($p = 0.005$) (表 2)。ガム群は、対照群よりも 3 領域のリンパ節郭清を行った患者が有意に多く ($p = 0.002$)、手術時間も有意に長かった ($p = 0.001$) (表 2)。

考 察

ガム群では、術後 2 週間目の舌圧が術前の舌圧より減少した患者の割合は、対照群より有意に低く、半数以上の患者で食道切除後に舌圧が増加した。さらに、術後 2

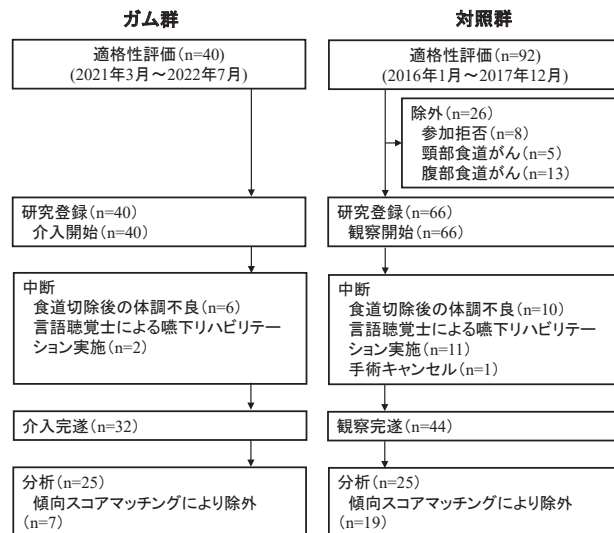


図 1 研究フローチャート (文献 31-33 より改変)

週間目の RSST は、ガム群で対照群よりも有意に高く、術後発熱日数の中央値はガム群で対照群よりも有意に短かった。われわれの知る限り、胸部食道がん患者において、周術期ガムトレーニングが術後の舌圧減少を予防し、術後の嚥下能力を維持または改善させ、術後発熱日数を減少させたことを示す研究は本研究が初めてである。ガム群と対照群において、術後合併症の発生率に差がなかったことから、周術期ガムトレーニングは安全であると考えられる。

術後発熱日数の中央値は、ガム群のほうが対照群よりも有意に短かった。これはおそらくガム群の患者で術後誤嚥を起こさなかったためであると考えられる。実際、術後 RSST スコアの中央値は、対照群よりもガム群のほうが有意に高かった。嚥下機能は、周術期ガムトレーニングによって改善され、術後誤嚥を予防した可能性がある。食道切除後肺炎は、少なくとも部分的には嚥下機能障害と不顕性気管支誤嚥に起因するものであり、どちらも術後早期の食道切除患者で比較的高い割合で発症する¹⁹⁾。肺炎と同様に、胸部 X 線およびコンピューター断層撮影で活動性浸潤を伴わない発熱は、誤嚥を反映している可能性がある²⁰⁾。食道がん患者における術後誤嚥は、年齢、術後再発性喉頭麻痺の可能性、術後舌圧低値、および術後舌圧の大幅な減少と正の相関関係にある⁶⁾。反回神経麻痺の発生率は、対照群よりもガム群において、高い傾向があった。しかし、ガム群では術後の誤嚥は認められなかった。ガムトレーニングは舌圧を含む嚥下機能を向上させる可能性があり、反回神経麻痺を克服できる可能性があると考えられる。したがって、周

表 1 傾向スコアマッチング前後における各群の特徴

変数	傾向スコアマッチング前		SMD
	ガム群 (n=32)	対照群 (n=44)	
年齢 (歳)	70.0 (60.3, 73.0) ^a	64.0 (61.0, 68.8)	0.21
性別			
男性 (%) / 女性 (%)	27 (84.4) / 5 (15.6) ^b	31 (70.5) / 13 (29.5)	0.16
BMI (kg/m ²)	23.1 (20.6, 25.5)	21.6 (19.9, 23.2)	0.23
術前 RSST スコア	5.0 (4.0, 6.8)	4.0 (3.3, 5.0)	0.43
術前舌圧 (kpa)	34.9 (30.5, 40.3)	35.4 (29.9, 41.3)	0.03
術前化学療法 あり	23 (71.9)	28 (63.6)	0.09
臨床病期 (UICC 8th)			
0, I, II (%) / III, IV (%)	18 (56.3) / 14 (43.8)	31 (70.5) / 13 (29.5)	0.15
組織型			
扁平上皮癌 (%) / 腺がん (%) / その他 (%)	26 (81.3) / 4 (12.5) / 2 (6.3)	43 (97.7) / 0 (0.0) / 1 (2.3)	0.28
喫煙習慣			
なし (%) / 過去 (%) / 現在 (%)	3 (9.4) / 26 (81.3) / 3 (9.4)	6 (13.6) / 38 (86.4) / 0 (0.0)	0.24
飲酒量・頻度 (/week)			
なし (%) / 少 (%) / 中 (%) / 多 (%)	8 (25.0) / 4 (12.5) / 12 (37.5) / 8 (25.0)	5 (11.4) / 1 (2.3) / 38 (86.4) / 0 (0.0)	0.55
術前白血球数 (10 ³ /μl)	5.25 (4.45, 6.49)	5.25 (4.45, 6.49)	0.20
術前 C 反応性タンパク質 (mg/dl)	0.12 (0.05, 0.19)	0.12 (0.05, 0.19)	-0.01
術前アルブミン値 (g/dl)	3.9 (3.6, 4.0)	3.9 (3.6, 4.0)	-0.10
変数	傾向スコアマッチング後		SMD
	ガム群 (n=25)	対照群 (n=25)	
年齢 (歳)	70.0 (61.5, 73.0)	64.0 (60.5, 69.5)	0.19
性別			
男性 (%) / 女性 (%)	21 (84.0) / 4 (16.0)	20 (80.0) / 5 (20.0)	0.05
BMI (kg/m ²)	23.0 (20.6, 25.4)	21.5 (19.5, 23.4)	0.22
術前 RSST スコア	5.0 (4.0, 6.0)	4.0 (4.0, 5.0)	0.24
術前舌圧 (kpa)	35.0 (30.7, 41.4)	38.2 (30.4, 43.8)	-0.05
術前化学療法 あり	19 (76.0)	15 (60.0)	0.18
臨床病期 (UICC 8th)			
0, I, II (%) / III, IV (%)	14 (56.0) / 11 (44.0)	21 (84.0) / 4 (16.0)	0.31
組織型			
扁平上皮癌 (%) / 腺がん (%) / その他 (%)	20 (80.0) / 3 (12.0) / 2 (8.0)	25 (100) / 0 (0.0) / 0 (0.0)	0.33
喫煙習慣			
なし (%) / 過去 (%) / 現在 (%)	2 (8.0) / 20 (80.0) / 3 (12.0)	3 (12.0) / 22 (88.0) / 0 (0.0)	0.08
飲酒量・頻度 (/week)			
なし (%) / 少 (%) / 中 (%) / 多 (%)	7 (28.0) / 3 (12.0) / 11 (44.0) / 4 (16.0)	4 (16.0) / 1 (4.0) / 20 (80.0) / 0 (0.0)	0.13
術前白血球数 (10 ³ /μl)	5.64 (4.52, 6.69)	4.87 (4.18, 5.32)	0.24
術前 C 反応性タンパク質 (mg/dl)	0.12 (0.05, 0.19)	0.12 (0.04, 0.29)	0.02
術前アルブミン値 (g/dl)	3.9 (3.7, 4.0)	4.0 (3.7, 4.2)	-0.12

RSST 反復唾液嚥下検査, SMD 標準化平均差,

^a 中央値 (25% 値, 75% 値), ^b 数 (%)

(文献 31-33 より改変)

表2 食道切除術後の臨床所見

変数	ガム群 (n = 25)	対照群 (n = 25)	p 値
術式			
開胸 (%) / 胸腔鏡 (%)	3 (12.0) / 22 (88.0) ^a	5 (20.0) / 20 (80.0)	0.351 ^c
リンパ節郭清			
2 領域 (%) / 3 領域 (%)	0 (0.0) / 25 (100.0)	8 (32.0) / 17 (68.0)	0.002 ^c
手術時間 (分)	650.0 (572.0, 697.0) ^b	549.0 (504.5, 579.0)	0.001 ^d
手術時出血量 (mL)	130.0 (80.0, 222.5)	150.0 (95.0, 325.0)	0.327 ^d
挿管日数 (日)	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (1.0, 1.0)	0.005 ^d
術後絶食期間 (日)	11.0 (9.0, 13.5)	9.0 (8.0, 12.0)	0.036 ^d
術後肺炎あり	5 (20.0)	5 (20.0)	0.637 ^c
術後誤嚥あり	0 (0.0)	3 (12.0)	0.117 ^c
術後反回神経麻痺あり	4 (16.0)	2 (8.0)	0.334 ^c
術後縫合不全あり	1 (4.0)	0 (0.0)	0.500 ^c
ICU 滞在期間 (日)	4.0 (4.0, 4.0)	6.0 (5.0, 6.0)	0.000 ^d
術後在院日数 (日)	23.0 (20.0, 27.5)	19.0 (16.0, 21.5)	0.005 ^d
術後 2 週間目の白血球数 (10 ³ /μl)	6.67 (5.68, 8.20)	6.60 (5.81, 8.00)	0.923 ^d
術後 2 週間目の C 反応性タンパク質 (mg/dl)	0.44 (0.30, 1.13)	0.74 (0.315, 2.485)	0.277 ^d
術後 2 週間目のアルブミン値 (g/dl)	3.2 (3.0, 3.4)	3.2 (3.1, 3.4)	0.952 ^d
術後 2 週間目の BMI (kg/m ²)	22.4 (20.1, 24.0)	20.9 (18.8, 22.1)	0.086 ^d
術後 2 週間目の舌圧 (kPa)	37.6 (31.7, 41.7)	33.0 (28.8, 38.7)	0.157 ^d

ICU 集中治療室, RSST 反復唾液嚥下検査

^a 中央値 (25% 値, 75% 値), ^b 数 (%), ^c フィッシャーの正確確率検定, ^d Mann-Whitney U 検定
(文献 31-33 より改変)

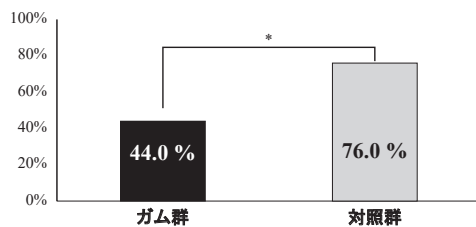


図2 術後2週間目に舌圧が減少した患者の割合

* $p=0.020$, Fisher の正確確率検定.
(文献 31-33 より改変)

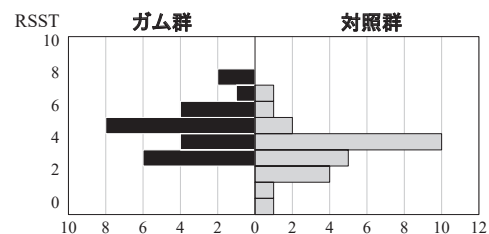


図4 術後2週間目のRSST

$p=0.004$, Mann-Whitney U 検定

ガム群: 中央値 5.0, 四分位範囲: 3.5, 6.0

対照群: 中央値 4.0, 四分位範囲: 2.5, 4.0

(文献 31-33 より改変)

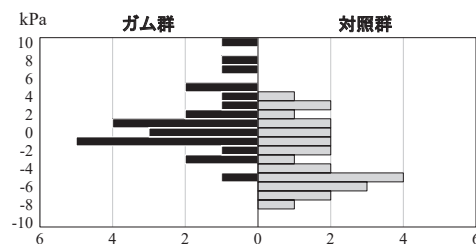


図3 手術前と術後2週間目の舌圧の差 (術後2週間目－手術前日)

$p=0.001$, Mann-Whitney U 検定.

ガム群: 中央値 0.77, 四分位範囲: -1.60, 3.23

対照群: 中央値 -3.07, 四分位範囲: -6.07, -0.25

(文献 31-33 より改変)

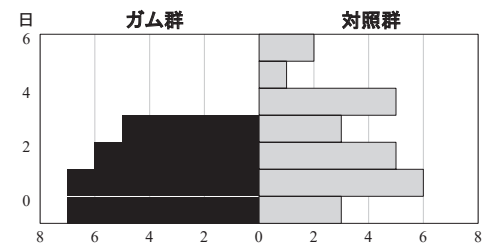


図5 術後2週間目までの38℃以上の発熱日数

$p=0.025$, Mann-Whitney U 検定

ガム群: 中央値 1.0, 四分位範囲: 0.0, 2.0

対照群: 中央値 2.0, 四分位範囲: 1.0, 4.0

(文献 31-33 より改変)

術期ガムトレーニングは誤嚥を予防することで、術後発熱のリスクを低減する可能性があると考えられる。

われわれの予想に反して、術後絶食日数および入院期間の中央値は、ガム群のほうが対照群よりも有意に高かった。これらの結果は、ガム群と対照群の被験者の募集期間が異なることで説明できる。ガム群の患者は全員、新型コロナウイルス感染症 (Coronavirus disease 2019: COVID-19) の世界的なパンデミックが続いた2021年と2022年に登録された。この期間中、統計的有意差はなかったものの、日本ではステージ0-IIの食道がん患者の割合が減少し、ステージIIIまたはIVの患者の割合が増加した²¹⁾。実際、本研究においても、ステージIII-IV期の患者の割合は、ガム群のほうが対照群よりもかなり高かった。さらに、ガム群の患者は全員、3領域リンパ節郭清を受けており、手術時間も対照群よりも有意に長かった。このように、ガム群の患者では、食道がんが進行し手術侵襲も大きかったことから、対照群の患者よりも食道切除後の絶食期間が長く、入院期間も長かったと考えられる。

ガム群におけるICU在院日数の中央値は、対照群よりも有意に低かった。これは術後の舌圧減少が大きいほどICU在院日数が長くなるというわれわれの以前の研究結果⁴⁾と一致している。術後舌圧を改善するために周術期ガムトレーニングを応用したことで、術後の誤嚥とそれに続く発熱が予防され、ICU在院日数が短縮した可能性がある。

ガムトレーニングは、医療スタッフの負担を増やすことなく、患者の予後を改善できる可能性がある。本研究の脱落率は対照群よりもガム群のほうが低い傾向にあった。特に、STによるリハビリテーションが原因で脱落した患者は、対照群 (11/66 [16.7%]) よりもガム群 (2/40 [5.0%]) のほうがかなり少なかった。STによる嚥下訓練を必要とした患者の割合は、ガムトレーニングにより嚥下機能が維持されたため、対照群よりもガム群のほうが低かった可能性がある。われわれは、多分野の専門家のサポートが食道切除後の良好な予後に貢献したと報告してきた²²⁻²⁶⁾。一方、ガムトレーニングに専門家は必要ない。したがって、周術期ガムトレーニングは、胸部食道がん患者の嚥下リハビリテーションの点で非常に費用対効果が高い可能性がある。

周術期ガムトレーニングは、食道切除後のサルコペニアを予防することで生活の質 (Quality of Life: QOL) を改善する可能性がある。サルコペニアは、食道がんの手術後4週間でQOLの悪化、身体機能や役割機能の低下、重度の疲労を引き起こす危険因子である²⁷⁾。多く

の研究で、舌圧の低さとサルコペニアの関係が示されている²⁸⁻³⁰⁾ことから、術後の舌圧低下を予防することで、栄養状態を維持・強化しサルコペニアを予防し、QOLを改善できる可能性がある。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本研究はランダム化比較試験ではなかったため、バイアスや交絡因子が適切にコントロールされていない可能性がある。例えば、対照群はガム群より約5年前に登録された。そのため、術前年齢、性別、BMI、RSSTスコアの4つの共変量について傾向スコアマッチングを実施した。しかしながら、調整が不十分であった可能性は残る。第二に、4つの交絡因子のみを調整したため、測定されていない交絡因子が存在した可能性がある。第三に、本研究は1つの病院でのみ実施され、患者全員が日本人であった。今後は、より大規模な国際多施設ランダム化比較試験の実施が求められる。

結論として、周術期ガムトレーニングは、胸部食道がん患者における術後の舌圧低下を安全に予防し、術後発熱日数を減少させることが示された。周術期ガムトレーニングは、胸部食道がん患者の嚥下障害やサルコペニアを予防し、QOLを向上させる可能性のある、簡便かつ安全な口腔リハビリテーションである。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご指導を賜りました岡山大学学術研究院医歯薬学域予防歯科学分野の森田学名誉教授、江國大輔教授、医局員の皆様、全国でご活躍されている同門の先生方に深甚なる感謝を申し上げます。また、多大なるご支援、ご協力を賜りました岡山大学病院の消化管外科、周術期管理センター、集中治療室、医療技術部、医療支援歯科治療部、病棟等のスタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) Uhlenhopp DJ, Then EO, Sunkara T et al.: Epidemiology of esophageal cancer: Update in global trends, etiology and risk factors. Clin J Gastroenterol 13: 1010-1021, 2020.
- 2) Watanabe M, Otake R, Kozuki R et al.: Recent progress in multidisciplinary treatment for patients with esophageal cancer. Surg Today 50: 12-20, 2020.
- 3) Maeda N, Shirakawa Y, Tanabe S et al.: Skeletal muscle loss in the postoperative acute phase after esophageal cancer surgery as a new prognostic factor. World J Surg Oncol 18: 143, 2020.
- 4) Yokoi A, Ekuni D, Yamanaka R et al.: Change in tongue pressure and the related factors after esophagectomy: A short-term, longitudinal study. Esophagus 16: 300-308, 2019.
- 5) Yoshida M, Kikutani T, Tsuga K et al.: Decreased tongue pressure reflects symptom of dysphagia. Dysphagia 21:

- 61-65, 2006.
- 6) Kojima K, Fukushima T, Kurita D et al.: Perioperative decrease in tongue pressure is an intervenable predictor of aspiration after esophagectomy. *Dysphagia* 38: 1147-1155, 2023.
- 7) Takahashi M, Satoh Y: Effects of gum chewing training on oral function in normal adults: Part 1 investigation of perioral muscle pressure. *J Dent Sci* 14: 38-46, 2019.
- 8) South AR, Somers SM, Jog MS: Gum chewing improves swallow frequency and latency in Parkinson patients: A preliminary study. *Neurology* 74: 1198-1202, 2010.
- 9) Short V, Georgia H, Rachel P et al.: Chewing gum for postoperative recovery of gastrointestinal function. *Cochrane Database Syst Rev*: CD006506, 2015.
- 10) Liu Q, Honglei J, Dong X et al.: Effect of gum chewing on ameliorating ileus following colorectal surgery: A meta-analysis of 18 randomized controlled trials. *Int J Surg* 47: 107-115, 2017.
- 11) 土岐志麻：楽しくかむ，ガムトレーニングの実践～どうやってかむ？かむことの重要性は？指導方法は？～．*歯界展望* 135：330-335，2020.
- 12) Ichibayashi R, Sekiya H, Kaneko K et al.: Use of maximum tongue pressure values to examine the presence of dysphagia after extubation and prevent aspiration pneumonia in elderly emergency patients. *J Clin Med* 11: 6599, 2022.
- 13) Dindo D, Demartines N, Clavien PA: Classification of surgical complications: A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 240: 205-213, 2004.
- 14) Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML et al.: The Clavien-Dindo classification of surgical complications: Five-year experience. *Ann Surg* 250: 187-196, 2009.
- 15) 日本臨床腫瘍研究グループ：JCOG 術後合併症規準（Clavien-Dindo 分類）ver.2.0, 2013.
- 16) Nakamori M, Hosomi N, Ishikawa K et al.: Prediction of pneumonia in acute stroke patients using tongue pressure measurements. *PLoS One* 11: e0165837, 2016.
- 17) Minoura A, Ihara Y, Kato H et al.: Relationships between lip seal strength, tongue pressure, and daytime sleepiness in Japanese workers: A cross-sectional study. *Clin Pract* 13: 753-762, 2023.
- 18) Hasegawa Y, Sugahara K, Fukuoka T et al.: Change in tongue pressure in patients with head and neck cancer after surgical resection. *Odontol* 105: 494-503, 2017.
- 19) Berry MF, Atkins BZ, Tong BC et al.: A comprehensive evaluation for aspiration after esophagectomy reduces the incidence of post-operative pneumonia. *J Thorac Cardiovasc Surg* 140: 1266-1271, 2010.
- 20) Yamamoto T, Ohuchida T: Aspiration-related fever: Discrepancy between fever and imaging on aspiration. *Fukuoka Igaku Zasshi* 100: 328-331, 2009.
- 21) Kuzuu K, Misawa N, Ashikari K et al.: Gastrointestinal cancer stage at diagnosis before and during the COVID-19 pandemic in Japan. *JAMA Netw Open* 4: e2126334, 2021.
- 22) Ikeda T, Noma K, Maeda N et al.: Effectiveness of early exercise on reducing skeletal muscle loss during preoperative neoadjuvant chemotherapy for esophageal cancer. *Surg Today* 52: 1143-1152, 2022.
- 23) Shirakawa Y, Noma K, Maeda N et al.: Early intervention of the perioperative multidisciplinary team approach decreases the adverse events during neoadjuvant chemotherapy for esophageal cancer patients. *Esophagus* 18: 797-805, 2021.
- 24) Yamanaka-Kohno R, Shirakawa Y, Yokoi A et al.: Patients scheduled to undergo esophageal surgery should have the highest priority for perioperative oral management triage: A cross-sectional study. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 70: 378-385, 2022.
- 25) Yamanaka-Kohno R, Shirakawa Y, Inoue-Minakuchi M et al.: Association of dental occlusal support with the Prognostic Nutritional Index in patients with esophageal cancer who underwent esophagectomy. *Esophagus* 18: 49-55, 2021.
- 26) Yamanaka R, Soga Y, Minakuchi M et al.: Occlusion and weight change in a patient after esophagectomy: Success derived from restoration of occlusal support. *Int J Prosthodont* 26: 574-576, 2013.
- 27) Wang PY, Chen XK, Liu Q et al.: Highlighting sarcopenia management for promoting surgical outcomes in esophageal cancers: Evidence from a prospective cohort study. *Int J Surg* 83: 206-215, 2020.
- 28) Sakai K, Nakayama E, Yoneoka D et al.: Association of oral function and with frailty and sarcopenia in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Cells* 11: 2199, 2022.
- 29) Maeda K, Akagi J: Decreased tongue pressure is associated with sarcopenia and sarcopenic dysphagia in the elderly. *Dysphagia* 30: 80-87, 2015.
- 30) Okuno K, Kobuchi R, Morita S et al.: Relationships between the nutrition status and oral measurements for sarcopenia in older Japanese adults. *J Clin Med* 11: 7382, 2022.
- 31) 山中玲子，横井 彩，江國大輔ほか：周術期ガム咀嚼トレーニングは食道がん術後のフレイルの進行を予防するか．*はち・まる・にい・まる* (8020) 23：103-106，2024.
- 32) 山中玲子：周術期ガムトレーニングは食道がん術後の舌圧低下を予防する．*デンタルマガジン* 194：26-29，2025.
- 33) Yamanaka-Kohno R, Shirakawa Y, Yokoi A et al.: Perioperative gum-chewing training prevents a decrease in tongue pressure after esophagectomy in thoracic esophageal cancer patients: A nonrandomized trial. *Sci Rep* 14: 23886, 2024.

著者への連絡先： 山中玲子 〒700-8558 岡山県岡山市北区鹿田町 2-5-1 岡山大学学術研究院医療開発領域歯科・予防歯科部門
 TEL：086-235-6712 FAX：086-235-6714
 E-mail：reiko_y@md.okayama-u.ac.jp

総 説

口腔の健康と全身の健康関連 QOL の関連

原田真奈実¹⁾ 草間 太郎^{1,2)} 小坂 健¹⁾ 竹内 研時^{1,2)}

概要：健康関連 QOL のうち、効用値を提供できる選好に基づく尺度（Preference-based measures: PBM）は、政策立案者が効率的な資源配分を検討するうえで重要である。本研究は、口腔の健康と健康関連 QOL との関連に関するこれまでの知見を総覧し、特に PBM 評価に基づくエビデンス不足領域を特定することを目的とした。文献検索から 59 本を選定した。健康関連 QOL はプロファイル型尺度と PBM に、口腔の変数は口腔の健康状態、歯科治療、歯科保健行動に分類した。口腔の健康状態に関する文献は 42 本選定され、幅広く PBM による評価が行われていたが〔システムティックレビュー（SR）7 本（PBM：3 本）、観察研究 35 本（PBM：16 本）〕、日本で報告された効用値は歯の喪失と口腔機能低下のみであった。歯科治療に関する文献は 20 本選定され〔SR 3 本（PBM：0 本）、観察研究 7 本（PBM：3 本）、介入研究 10 本（PBM：1 本）〕、日本では義歯およびインプラントが効用値へ与える影響が報告されていた。歯科保健行動に関する文献は 3 本選定されたが、PBM による評価は行われていなかった。本結果より、口腔の健康状態は PBM による評価が多く行われている一方、歯科治療や歯科保健行動は PBM による評価が不足していることが明らかになった。日本の文献はさらに不足しており、今後 PBM による評価の充実が求められる。

索引用語：口腔の健康、歯科治療、歯科保健行動、患者報告アウトカム、生活の質

口腔衛生会誌 76：15-28, 2026

(受付：令和 7 年 4 月 3 日／受理：令和 7 年 8 月 1 日)

緒 言

近年、患者自身が健康・疾病の影響を主観的に報告する患者報告アウトカムの 1 つである健康関連 QOL が、医療の質向上や医療資源の有効活用の観点から注目を集めている¹⁾。健康関連 QOL は、健康を多面的にとらえる指標であり、さまざまな領域を多次元のままに測定するプロファイル型尺度と、領域ごとの回答を基に 0～1 に一元化されたスコア（効用値）を示す選好に基づく尺度（Preference-based measures: PBM）に大きく分けられる。特に、PBM から得られる効用値は、生存年数と掛け合わせることで質調整生存年（Quality-Adjusted Life Year: QALY）算出に用いられ、費用対効果分析等の医療経済評価において重要な指標である²⁾。また、健康関連 QOL の尺度は、健康全般の QOL を捉える包括的尺度と、対象疾患を限定して評価する疾患特異的尺度に分けられる²⁾。

口腔の健康と口腔関連 QOL との関連を報告した研究はこれまで多く存在するが³⁻⁶⁾、PBM を用いて全身の健康関連 QOL との関連を報告した研究は少ない。歯科領

域における PBM を用いた評価は、政策立案者が費用負担可能性や効率的な医療資源配分を検討するためのエビデンスとなる医療経済評価を行うために不可欠と考えられる。

口腔の健康と健康関連 QOL との関連に関する包括的な文献レビューは、2006 年の Naito らによる報告⁷⁾以降行われておらず、近年のエビデンスの蓄積状況は不明である。本研究では、(1) 口腔の健康状態、(2) 歯科治療、(3) 歯科保健行動の 3 つのテーマに分類したうえで、全身の健康関連 QOL との関連を検討したこれまでの知見を総覧し、特に PBM 評価に基づくエビデンス不足領域を特定することを目的とした。

方 法

文献検索は電子データベースおよびハンドサーチにより実施した。電子データベース検索では PubMed および医中誌 Web を用いた（検索年月日：2024 年 5 月 22 日）。近年、特に高齢者の口腔の健康状態を示す指標として現在歯数が多く用いられていることから、検索式は Naito ら⁷⁾ が使用した検索式に “Number of remaining

¹⁾ 東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野

²⁾ 東北大学大学院歯学研究科歯学イノベーションリエゾンセンターデータサイエンス部門

表1 PubMed および医中誌 Web で用いた検索式

番号	PubMed の検索式	医中誌 Web の検索式
#1	"Oral Health" OR "Health Status Indicators" OR "Periodontal Diseases" OR "Dental Caries" OR "Mouth Neoplasms" OR "Mouth Diseases" OR "Dental Health Services" OR "Craniofacial Abnormalities" OR "Fluoridation" OR "Oral Hygiene" OR "Craniofacial Disorders" OR "Dental Care" OR "Focal Infection Dental" OR "Endodontics" OR "Number of remaining teeth"	"口腔衛生" OR "口腔症状" OR "口腔保健" OR "歯牙喪失" OR ("健康状態指標" OR "健康状態指数") OR "歯周疾患" OR "歯周組織" OR "う蝕" OR "口腔腫瘍" OR "歯科医療サービス" OR "口顎疾患" OR "フロリデーション" OR "頭蓋顔面奇形" OR "口腔ケア" OR "顎関節疾患" OR ("感染" and "口腔疾患") OR "口腔内感染" OR "歯内療法" OR "現在歯数"
#2	"Dentistry" OR "Mouth Diseases" OR "Tooth Diseases" OR "Oral Health" OR "Jaw Diseases" OR "Craniofacial Abnormalities" OR "Dental Health Services" OR "Head and Neck Neoplasms" OR "Number of remaining teeth"	"歯科学" OR "口顎疾患" OR "歯牙疾患" OR "口腔衛生" OR "顎疾患" OR "頭蓋顔面奇形" OR "歯科医療サービス" OR "頭頸部腫瘍" OR "現在歯数"
#3	#1 AND #2	#1 AND #2
#4	"quality of life" OR "activities of daily living" OR "ADL" OR "EQ-5D" OR "EuroQol" OR "NHP" OR "QWB" OR "SF-12" OR "SF-36" OR "SIP"	"生活の質" OR ("日常生活活動" OR "日常生活動作") OR "EQ-5D" OR "EuroQol" OR "NHP" OR "QWB" OR "SF-12" OR "SF-36" OR "SIP"
#5	2004/07:2024/05 [dp]	("Behcet 症候群" OR "ベーチェット病") OR ("Sjogren 症候群" OR "シェーグレン症候群") OR "放射線療法" OR ("薬物療法" OR "化学療法")
#6	"Behcet Syndrome" OR "Sjogren's Syndrome" OR "Sjogren Syndrome" OR "Radiotherapy" OR "Chemotherapy"	((#3 and #4) not #5) and (DT=1973:2024 LA= 日本語, 英語 (PT= 症例報告・事例除く) AND (PT= 原著論文) SB= 歯学 CK= ヒト)
#7	(#3 AND #4 AND #5) NOT #6	-
#8	Filter : 英語, 日本語, ヒト, Medline	-

teeth"を加えたものとした(表1)。検索期間は、医中誌 Web では健康関連 QOL の概念が初めて紹介された1973年以降⁷⁾とした。PubMedによる検索はすでにNaitoらの報告⁷⁾で行われていたため、Naitoらの検索時期以降となる2004年以降とした。

本研究では、日本語文献も対象とすることで国内の実態を反映し、また、研究の焦点を一般歯科治療に限定した点で、Naitoらの報告⁷⁾を一部改変して選択基準および除外基準を設定した。選択基準は、(1)介入前後の被験者の健康関連 QOL を評価した介入研究、(2)介入群と対照群で健康関連 QOL を比較した介入研究、(3)歯科疾患を有する群と対照群の健康関連 QOL を比較した観察研究、(4)英語または日本語とした。除外基準は、(1)口腔関連 QOL [General Oral Health Assessment Index (GOHAI) 等] が該当する疾病特異的尺度のみをアウトカムとした研究、(2)ナラティブレビュー、(3)口腔環境を変化させる可能性のある治療を受けた患者を含む研究、(4)口腔粘膜疾患と全身症状の両方を有する患者を対象とした研究、(5)矯正歯科治療、口腔外科治療に関する研究とした。

健康関連 QOL は、プロファイル型尺度または PBM に分類した。口腔に関する変数については、口腔の健康状態、歯科治療、歯科保健行動に3分類したうえで整理した。まずはタイトル・抄録をもとにスクリーニングを行い、その後全文によるスクリーニングを行った。

エビデンステーブルについては、まずはシステマティックレビュー (SR) の整理を行った。口腔に関する変数が多岐に渡る SR については「健康関連 QOL 尺度」と「主な結果」を対応づけて整理した^{7,8)}。SR が報告されている口腔の指標については、SR 以降に発表された原著論文のみを整理した。原著論文において PBM から得られた比較可能な効用値が報告されている場合には、当該効用値を記載した。健康関連 QOL 効用値の評価については、国および測定方法が一致する場合に限り、異なる疾病や治療間での比較が可能である。したがって、日本の文献において同一の測定方法を用いた複数の研究が存在する場合には、日本人における最小重要差 (Minimal Important Difference; MID, 対象者集団において臨床的に意味のある変化を患者が認識できる最小の差) を基準として検討を行った²⁾。

結 果

検索で得られた 6,863 本 (PubMed: 6,192 本; 医中誌 Web: 671 本) をスクリーニングし、ハンドサーチで SR 2 本を追加した結果、計 59 本 (SR: 8 本, 原著論文: 51 本) が選定された。表 2 に SR のエビデンステーブルを示す。口腔の健康状態、歯科治療、口腔保健行動に関する原著論文のエビデンステーブルは、表 3~5 に示す。

1. 口腔の健康状態と健康関連 QOL の関連 (表 2, 3)

口腔の健康状態については、SR 7 本⁷⁻¹³⁾ (PBM: 3 本^{8,10,13)}、症例対照研究 4 本¹⁴⁻¹⁷⁾ (PBM: 2 本^{16,17)}、コホート研究 3 本¹⁸⁻²⁰⁾ (PBM: 0 本)、横断研究 28 本²¹⁻⁴⁸⁾ (PBM: 14 本^{21-25,28-30,32-34,39-41)} が選定された。

口腔の健康状態の指標ごとの健康関連 QOL 文献数を図 1 に示す。歯の喪失^{8,23,33,40)}、顎関節症¹³⁾、う蝕^{8,17)}、歯周疾患^{8,10)}、咬合状態²²⁾、咀嚼時不快感^{28,29,39)}、咀嚼能力³²⁾、主観的な口腔の健康状態³⁹⁾、歯痛^{28,41)}、口腔衛生状態^{24,25)}、口腔顔面痛^{16,30)}、オーラルフレイル²¹⁾、口腔機能低下²³⁾、発音時不快感²⁸⁾、口腔症状数 (咀嚼障害、嚥下障害、口腔乾燥の症状数)³⁴⁾ において、PBM による評価が行われていた。これらすべての指標において、健康関連 QOL との有意な関連が認められた。評価尺度としては、the EuroQol 5-dimension (EQ-5D)^{8,10,13,28,29,32,33,39-41)}、the EuroQol 5-dimension, 5-level instrument (EQ-5D-5L)^{17,23,25)}、visual analog scale of the EuroQol (EQ-VAS)^{8,16,41)}、15D^{21,22,24,30,34)} が用いられていた。日本国内の研究に限定した場合、効用値が報告されていたのは EQ-5D-5L で評価された歯の喪失²³⁾ および口腔機能低下²³⁾ のみであった。いずれも日本人における MID である 0.044²⁾ を上回る効用値の低下が認められた。一方、口腔粘膜疾患³⁶⁾ (口腔灼熱症候群⁹⁾、口腔白板症^{19,35)}、口腔粘膜下線維症²⁶⁾、睡眠時ブラキシズム¹²⁾、摂食嚥下機能低下⁴⁵⁾、歯・口腔に対する不満、口腔乾燥⁷⁾、骨格性Ⅲ級不正咬合患者における口唇口蓋裂¹⁵⁾、歯の疾患、炎症性疾患、嚢胞性疾患³⁶⁾ については、プロファイル型尺度による評価は行われていたものの、PBM による評価は行われていなかった。これらのうち、睡眠時ブラキシズム¹²⁾、口唇口蓋裂¹⁵⁾ 以外の指標において、健康関連 QOL との有意な関連が認められた。

2. 歯科治療と健康関連 QOL の関連 (表 2, 4)

歯科治療については、SR 3 本^{7,8,49)} (PBM: 0 本)、ランダム化比較試験 3 本⁵⁰⁻⁵²⁾ (PBM: 0 本)、コホート研究 4 本⁵³⁻⁵⁶⁾ (PBM: 1 本⁵³⁾、前後比較試験 7 本⁵⁷⁻⁶³⁾

(PBM: 1 本⁶¹⁾)、横断研究 3 本^{23,40,64)} (PBM: 2 本^{23,40)}) が選定された。

歯科治療の指標ごとの健康関連 QOL 文献数を図 2 に示す。従来型義歯^{23,61)}、インプラントオーバーデンチャー⁴⁰⁾、インプラント⁶¹⁾、根管治療⁵³⁾、無歯顎者に対する補綴装置 (種類の言及なし)⁸⁾ において、PBM による評価が行われていた。これらのうち、無歯顎者に対する補綴装置 (種類の言及なし)⁸⁾ 以外の指標において、健康関連 QOL との有意な関連が認められた。評価尺度としては、EQ-5D-5L^{23,53)}、EQ-5D⁴⁰⁾、EQ-VAS^{8,53)}、Health Utilities Index Mark 3 (HUI3)⁶¹⁾ が用いられていた。日本国内の研究に限定した場合、効用値が報告されていたのは EQ-5D-5L で評価された従来型義歯²³⁾、HUI3 で評価されたインプラントおよび従来型義歯⁶¹⁾ であった。EQ-5D-5L で評価された義歯使用については、無歯顎群において義歯使用による MID を上回る改善が報告された。HUI3 の MID は日本人の値は報告されていないものの、国際的には 0.03 とされており²⁾、従来型義歯治療のみで MID を上回る改善が報告された。一方、歯周治療⁵⁷⁾、オフィスホワイトニング⁵⁸⁾、う蝕修復治療⁵⁹⁾、睡眠時ブラキシズムに対する咀嚼筋マッサージおよび咬合スプリント治療⁵¹⁾、ブリッジ⁶⁰⁾、口臭治療⁶³⁾ については、プロファイル型尺度による評価は行われていたものの、PBM による評価は行われていなかった。これらのうち、オフィスホワイトニング⁵⁸⁾、ブリッジ⁶⁰⁾ 以外の指標において、健康関連 QOL との有意な関連が認められた。

3. 歯科保健行動と健康関連 QOL の関連 (表 5)

歯科保健行動については、コホート研究 1 本⁶⁵⁾、横断研究 2 本^{43,46)} が選定された (各 PBM: 0 本)。

歯科保健行動の指標ごとの健康関連 QOL 文献数を図 3 に示す。1 年以内における歯科受診^{43,46)}、歯磨き頻度⁶⁵⁾、口腔保健に関する信念 (大量の甘い食べ物を避ける、フッ化物入り歯磨剤を使う、定期的に歯科受診を行う、歯・歯肉を非常に清潔に保つ、フッ化物添加水を飲む、フロスを使う)⁶⁵⁾、歯科医院でのクリーニング⁴⁶⁾、歯科医療サービスへのアクセス (歯科受診、保険種別、受診目的、歯科医師へ相談することへの恐怖、健康教育、歯科治療ニーズに関する自己認識)⁴³⁾ について、プロファイル型尺度による評価は行われていたものの、PBM による評価は行われていなかった。歯科医療サービスへのアクセスを表す項目では、歯科受診のみが健康関連 QOL と有意な関連を認めた⁴³⁾。その他の歯磨き頻度や口腔保健に関する信念、歯科医院でのクリーニングについてはいずれも健康関連 QOL と有意な関連を認めた。

表2 口腔の健康と健康関連 QOL の関連についてのシステマティックレビュー

著者・発表年	研究デザインに関する採択条件	採択論文数	口腔に関する変数	健康関連 QOL 尺度	主な結果	年齢	分類
Pereira et al. 2021 ⁹⁾	臨床試験, 横断研究, 症例対照研究	全 33 本のうち, 健康関連 QOL をアウトカムとした論文は 7 本 (横断研究 7 本, ランダム化比較試験 3 本, 症例対照研究 1 本, 準実験的研究 1 本)	口腔灼熱症候群	SF-36, Quality of Life Scale, WHOQOL	・口腔灼熱症候群は対象群と比較して有意に健康関連 QOL が低いことが示された. ・3 本の論文がメタアナリシスの対象となったが, 健康関連 QOL をアウトカムとした論文はそのうち 1 本のみ.	29 ~ 84 歳	口腔の健康状態 (口腔粘膜疾患)
Wong et al. 2021 ¹⁰⁾	システマティックレビュー (アンブレラレビューのため)	全 8 本のうち, 健康関連 QOL をアウトカムとした論文は 2 本 ^{7,8)}	歯周疾患, 歯周治療	SIP, EQ-5D*, SF-12, Quality-of-life index, WHOQOL	・歯周疾患は健康関連 QOL の有意な低下と関連することが示された. ・歯周治療と健康関連 QOL との関連のシステマティックレビューは存在しなかった.	18 歳以上 ⁸⁾ , 32 ~ 61 歳 ⁷⁾	口腔の健康状態 (歯周疾患)
Egido Moreno et al. 2021 ¹⁹⁾	ランダム化比較試験	全 8 本のうち, 健康関連 QOL をアウトカムとした論文は 1 本	従来型の全部床義歯, 下顎オーバーデンチャー	SF-36	インプラントオーバーデンチャーで治療した群は, 従来型の全部床義歯で治療した群よりも治療後の健康関連 QOL が有意に改善した.	平均 69 歳	歯科治療 (従来型義歯, インプラント義歯)
Pigozzi et al. 2021 ¹¹⁾	観察研究	全 24 本のうち, 健康関連 QOL をアウトカムとした論文は 8 本 (症例対照研究 6 本, 横断研究 2 本)	顎関節症	SF-36, WHOQOL	顎関節症は健康関連 QOL の有意な低下と関連することが示された. 特に I 型・III 型の患者は II 型の患者と比較し疼痛・障害の程度が大きかった.	18 ~ 55 歳	口腔の健康状態 (顎関節症)
Duarte et al. 2020 ¹²⁾	観察研究	全 14 本のうち, 健康関連 QOL をアウトカムとした論文は 3 本 (すべて横断研究)	睡眠時ブラキシズム	P-AUQUEI, WHOQOL, PedsQL	NS	6 ~ 80 歳	口腔の健康状態 (睡眠時ブラキシズム)
Bitiniene et al. 2018 ¹³⁾	臨床試験	全 12 本のうち, 健康関連 QOL をアウトカムとした論文は 8 本 (すべて横断研究)	顎関節症	SF-36, WHOQOL, EQ-5D*	顎関節症は健康関連 QOL の有意な低下と関連することが示された.	19 歳以上	口腔の健康状態 (顎関節症)
Haag et al. 2017 ⁸⁾	定量的観察研究	全 21 本 (症例対照研究 1 本, 横断研究 20 本)	歯の喪失, 歯周疾患, う蝕	歯の喪失: SF-12, SF-36, EQ-5D*, Aqol, EQ-VAS*; 歯周疾患: SF-12, EQ-5D*, WHOQOL, Quality-of-life index, SIP; う蝕: EQ-5D*, WHOQOL	・歯の喪失: 10/16 本の論文で健康関連 QOL の有意な低下と関連することが示された. ・歯周疾患: 5/7 本の論文で健康関連 QOL の有意な低下と関連することが示された. ・う蝕: 3/3 本の論文で健康関連 QOL の有意な低下と関連することが示された.	18 歳以上	口腔の健康状態 (歯の喪失, 歯周疾患, う蝕), 歯科治療 (補綴装置 (種類の言及なし))
Naito et al. 2006 ⁷⁾	観察研究, 介入研究	全 7 本 (横断研究 4 本, 症例対照研究 1 本, 非ランダム化比較試験 1 本, ランダム化比較試験 1 本)	口腔の健康状態, 歯科治療	歯の喪失: SF-36; 歯周疾患: SIP; う蝕: SF-36; 顎関節症: RAND-36, SIP; 歯・口腔に対する不満, 口腔乾燥: SF-36; 従来型義歯: SF-36, SIP; インプラントオーバーデンチャー: SF-36	・歯の喪失・従来型義歯: 1/2 本の論文で健康関連 QOL の有意な低下と関連することが示された. ・歯周疾患, 顎関節症, 歯・口腔に対する不満, 口腔乾燥: 健康関連 QOL の有意な低下と関連することが示された. ・う蝕: NS ・インプラントオーバーデンチャー: 1/2 本の論文で健康関連 QOL の有意な改善と関連することが示された.	歯の喪失: 30 ~ 83 歳; 歯周疾患: 32 ~ 61 歳; う蝕: 12 ~ 17 歳; 顎関節症: 16 ~ 74 歳; 歯・口腔に対する不満, 口腔乾燥: 平均 65 歳; 従来型義歯: 32 ~ 平均 65 歳; インプラントオーバーデンチャー: 平均 58 ~ 75 歳	口腔の健康状態 (歯の喪失, 歯周疾患, う蝕, 顎関節症, 不満, 口腔乾燥), 歯科治療 (従来型義歯, インプラント義歯)

*選好に基づく尺度: QOL, Quality of Life; SF-36, 36-Item Short-Form Survey; WHOQOL, The World Health Organization Quality of Life instrument; SIP, Sickness Impact Profile; EQ-5D, the EuroQol 5-dimension; SF-12, 12-Item Short-Form Survey; P-AUQUEI, Portuguese version of the Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé; PedsQL, Pediatric Quality of Life Inventory; Aqol, Assessment of Quality of Life; EQ-VAS, visual analog scale of the EuroQol; RAND-36, The Dutch version of the SF-36; NS, No Significance.

表3 口腔の健康状態と健康関連 QOL の関連についての原著論文

著者・発表年 (国)	対象者	年齢	人数	口腔に関する 変数	健康関連 QOL 尺度	研究デザイン	主な結果	分類
Leite et al. 2024 (ブラジル) ¹⁸⁾	恵まれない地域に ある公立小学校の 7 年生	12 歳	376	不正咬合、 う蝕	ブラジル版 Kiddo-KINDL	前向きコホート 研究 (追跡期間: 6 か月)	不正咬合・う蝕がある者は、機 能制限、社会的幸福、主観的健康 観等を介して間接的に健康 関連 QOL が悪化した。	咬合状態、 う蝕
Hansen et al. 2024 (デンマ ーク) ¹⁴⁾	(1) 大きな水平上 顎オーバージェッ トを有する者; (2) 矯正治療を必 要としない者	9~14 歳	(1) 37 (2) 32	水平上顎オー バージェット	KIDSCREEN-10	症例対照研究	NS	咬合状態
Puranen et al. 2023 (フィンラ ンド) ²¹⁾	長期療養施設入居 者	平均 82 歳	349	オーラルフレ イルの兆候数	15D*	横断研究	オーラルフレイルの兆候数が 多い群ほど効用値平均が低 かった (兆候数 0~1, 0.70; 兆 候数 2~4, 0.62; 兆候数 5~6, 0.54)。共変量調整後、兆候数が 多いほど効用値が低かった。	オーラル フレイル
Zorawna et al. 2023 (フィンラ ンド) ²²⁾	(1) 天然歯列・咬 合ユニット数 10 以上; (2) 天然歯 列・咬合ユニット 数 10 未満; (3) 天 然歯と義歯の混合 歯列・咬合ユニッ トあり; (4) 咬合 ユニットなし	(1) 平均 80 歳; (2) 平均 81 歳; (3) 平均 82 歳; (4) 平均 83 歳	338	咬合ユニット 数	15D*	横断研究	(1) と (3) の群は他の群と比 較して効用値平均が高かった ((1) 0.63, (2) 0.61, (3) 0.66, (4) 0.60)。共変量調整後、(1) と (3) の群は他の群と比較して 効用値が有意に高かった。	咬合状態
Ikeda et al. 2023 (日本) ²³⁾	地域在住自立高齢 者	平均 74 歳	28,345	現在歯数、 口腔機能低下	EQ-5D-5L*	横断研究	共変量調整後、無歯者は現 在歯数が 20 本以上の者に比 べ、推定効用値が有意に低かつ た (無歯群: 0.809, 20 歯以上: 0.885)。また、口腔機能低下の 症状数が多い群は少ない群と 比較し、推定効用値が有意に 低かった (兆候数 3, 0.776; 兆 候数 2, 0.818; 兆候数 1, 0.864; 兆候数 0, 0.906)。	歯の喪失、 口腔機能低下
Frydrych et al. 2023 (オースト リア) ¹⁹⁾	口腔白板症患者	主に 45 歳以上	41	口腔白板症	SF-12	前向きコホート 研究 (追跡期間: 6 か月)	NS (経時変化なし)。	口腔粘膜疾患
Saarela et al. 2022 (フィンラ ンド) ²⁴⁾	長期療養施設の入 居高齢者	平均 81 歳	231	ブラーク指数	15D*	横断研究	ブラーク指数が高いほど効用 値平均が低かった (2 未満, 0.650; 2 以上 3 未満, 0.628; 3 以上, 0.613)。共変量調整後、 ブラーク指数が高いほど効用 値が有意に低かった。	口腔衛生状態
Olsson et al. 2022 (ブラジル) ¹⁵⁾	骨格性Ⅲ級不正咬 合患者	18~36 歳	136	口唇口蓋裂の 有無	WHOQOL-BREF	症例対照研究	NS	口唇口蓋裂
Lindmark et al. 2021 (スウェー デン) ²⁵⁾	地域在住高齢者	60~98 歳	510	口腔内環境	EQ-5D-5L*	横断研究	口腔内環境に問題がある群は、 問題がない群と比較して、有 意に効用値が低かった (問題あり vs. 問題なし: -0.75 vs. -0.15)。	口腔衛生状態
Memon et al. 2021 (パキスタ ン) ²⁶⁾	口腔粘膜下線維症 患者	18 歳以上	112	口腔粘膜下線 維症	WHOQOL-BREF	横断研究	口腔粘膜下線維症患者におい て、環境領域のスコアが最も高 く、社会的関係のスコアが最も 低かった。	口腔粘膜疾患
Nomura et al. 2020 (日本) ²⁷⁾	地域在住高齢者	85 歳	354	自己評価によ る咀嚼能力	SF-36	横断研究	自己評価による咀嚼能力が高 いほど身体的サマリースコア および社会/役割サマリース コアが有意に高かった。	咀嚼能力
Do et al. 2020 (韓国) ²⁸⁾	地域在住高齢者	65 歳以上	13,618	歯痛、咀嚼時 の不快感、発 音時の不快感	EQ-5D*	横断研究	共変量調整後、歯痛、咀嚼時 の不快感、発音時の不快感 がある者は、それらがない者と比較し 有意に効用値が低かった。	歯痛、 咀嚼時不快感、 発音時不快感

(続く)

表 3 続き

著者・発表年 (国)	対象者	年齢	人数	口腔に関する 変数	健康関連 QOL 尺度	研究デザイン	主な結果	分類
Kang et al. 2020 (韓国) ²⁹⁾	地域住民	12 歳以上	13,511	咀嚼時の不快 感	EQ-5D*	横断研究	咀嚼時の不快感がある者は、不快感がない者と比較し、全領域のスコアが有意に低かった。	咀嚼時不快感
Van der Cruyssen et al. 2020 (ベルギー、英国) ¹⁶⁾	外傷後三叉神経障害の患者	平均 50 歳	1,331	疼痛を伴う外傷後三叉神経障害	EQ-VAS*	症例対照研究 (追跡期間: 8 年)	持続性損傷の患者は一過性損傷の患者と比較して、身の回りの管理、痛み／不快感、不安／ふさぎ込みのスコアが有意に高かった。疼痛を有する患者は有しない患者と比較して、全スコアが有意に高かった。	口腔顔面痛
Forssell et al. 2020 (フィンランド) ³⁰⁾	慢性口腔顔面痛患者	平均 50 歳	151	慢性口腔顔面痛	15D*	横断研究	慢性口腔顔面痛患者の効用値は、国民標準値と比較し有意に低かった (慢性口腔顔面痛患者 vs. 国民標準値: 0.824 vs. 0.929)。全次元のスコアで同様の傾向を示した。	口腔顔面痛
Ustaoglu et al. 2019 (トルコ) ³¹⁾	(1) 広汎性侵襲性菌周炎患者; (2) 広汎性慢性菌周炎患者; (3) 菌肉炎患者	(1) 平均 23 歳; (2) 平均 39 歳; (3) 平均 23 歳	(1) 100 (2) 114 (3) 109	広汎性侵襲性菌周炎、広汎性慢性菌周炎、菌肉炎	SF-36	横断研究	(1) と (2) の比較: (1) のほうが全スコア有意に高かった。; (1) と (3) の比較: (1) において日常役割機能 (身体)、日常役割機能 (精神)、心の健康、社会生活機能のスコアが有意に高かった。; (2) と (3) の比較: (3) のほうが身体機能、体の痛みのスコアが有意に高かった。	菌周疾患
Kastenbom et al. 2019 (スウェーデン) ¹⁷⁾	(1) 活動性う蝕患者; (2) 非活動性う蝕患者	20 ~ 65 歳	(1) 79 (2) 179	う蝕活動性	EQ-5D-5L*	症例対照研究	活動性う蝕患者は非活動性う蝕患者と比較し、不安／ふさぎ込みのレベルが有意に高かった。	う蝕
Cho et al. 2019 (韓国) ³²⁾	地域在住高齢者	平均 69 歳	3,034	主観的咀嚼能力	EQ-5D*	横断研究	共変量調整後、主観的咀嚼能力が低い者は、高い者と比較して低い効用値を示すオッズが有意に高かった。	咀嚼能力
Park et al. 2019 (韓国) ³³⁾	地域住民 (1) 現在歯数 0 ~ 15 本; (2) 16 ~ 20 本; (3) 21 ~ 28 本	(1) 平均 70 歳; (2) 平均 62 歳; (3) 平均 42 歳	17,417	現在歯数	EQ-5D*	横断研究	共変量調整後、現在歯数が多いほど有意に効用値が高かった (0 ~ 15 歯 vs. 16 ~ 20 歯 vs. 21 ~ 28 歯: 0.912 vs. 0.934 vs. 0.944)。	歯の喪失
Saarela et al. 2019 (フィンランド) ³⁴⁾	長期療養施設入居高齢者	平均 84 歳	2,401	口腔症状数 (咀嚼障害、嚥下障害、口腔乾燥)	15D*	横断研究	共変量調整後、口腔症状数が 0 の者と比較し、1 および 2 ~ 3 の者は効用値が有意に低かった (口腔症状数: 1, B=-0.17; 2 ~ 3, B=-0.23)。	口腔症状数
Min Ang et al. 2019 (オーストラリア) ³⁵⁾	(1) 口腔白板症患者; (2) 対象群 (年齢、性別、喫煙歴、飲酒歴を一致させた健康な者)	(1) 平均 66 歳; (2) 平均 62 歳	(1) 50 (2) 50	口腔白板症	SF-12	横断研究	(1) は (2) と比較し、日常役割機能 (身体)、体の痛みのスコアが有意に低かった。	口腔粘膜疾患
Kuryu et al. 2019 (日本) ³⁶⁾	歯の疾患、炎症性疾患、口腔粘膜疾患、顎関節症、嚢胞性疾患の患者	15 ~ 95 歳	2,061	歯の疾患、炎症性疾患、口腔粘膜疾患、顎関節症、嚢胞性疾患	SF-8	横断研究	対象者は国家標準値と比較してほぼすべてのスコアが有意に低かった。口腔粘膜疾患、顎関節症、炎症性疾患の患者は、歯の疾患、嚢胞性疾患の患者よりもほとんどのスコアが有意に低かった。	歯の疾患、炎症性疾患、口腔粘膜疾患、顎関節症、嚢胞性疾患
Hoeksema et al. 2018 (オランダ) ³⁷⁾	地域在住高齢者	72 ~ 85 歳	103	残存歯の有無	RAND36	横断研究	残存歯のある者は無歯顎の者と比較し、全体的健康感のスコアが有意に高かった。	歯の喪失
Haag et al. 2017 (ブラジル) ³⁸⁾	地域住民	20 ~ 59 歳	1,222	現在歯数	WHOQOL-BREF	横断研究	共変量調整後、現在歯数が多いほど身体的領域のスコアが有意に高かった。	歯の喪失

(続く)

表 3 続き

著者・発表年 (国)	対象者	年齢	人数	口腔に関する 変数	健康関連 QOL 尺度	研究デザイン	主な結果	分類
Kim et al. 2017 (韓国) ³⁹⁾	冠動脈疾患患者	19 歳以上	6,454	主観的な口腔 の健康状態、 咀嚼時の不快 感	EQ-5D*	横断研究	主観的な口腔の健康状態が悪い者および咀嚼時の不快感がある者の効用値は低かった(主観的な口腔の健康状態：良い vs. 悪い, 0.71 vs. 0.67; 咀嚼時の不快感：あり vs. なし, 0.66 vs. 0.70)。共変量調整後も有意な同様の傾向が認められた。	主観的な口腔健康状態、咀嚼時不快感
Hoeksema et al. 2017 (オランダ) ⁴⁰⁾	地域在住高齢者	平均 80 歳	1,325	残存歯の有無	EQ-5D*	横断研究	フレイルの高齢者において、残存歯がある群は、無歯群よりもわずかに効用値が高かった(残存歯あり vs. 無歯：0.78 vs. 0.77)。	歯の喪失
Yang et al. 2016 (韓国) ⁴¹⁾	地域住民	19 歳以上	5,469	歯痛	EQ-5D*, EQ-VAS*	横断研究	歯痛がある者はない者と比較して効用値平均が低かった(歯痛なし vs. 歯痛あり：EQ-5D, 0.95 vs. 0.94)。共変量調整後、歯痛がある者はない者と比較して、効用値およびすべての領域のスコアが有意に低かった。	歯痛
Marques et al. 2015 (ブラジル) ⁴²⁾	治療を受けている アルコール中毒 者・薬物中毒者	平均 37 歳	262	う蝕経験 (DMFT 指数)	WHOQOL-BREF	横断研究	共変量調整後、DMFT 指数が 13 より大きい群は 13 以下の群と比較し、全体スコアが有意に低かった。	う蝕
Leão et al. 2015 (ブラジル) ⁴³⁾	農村集落の学校に 在籍する青少年全 員	10～19 歳	180	う蝕経験 (DMFT 指数)	WHOQOL-BREF	横断研究	NS	う蝕
Lee et al. 2014 (香港) ²⁰⁾	地域住民	平均 41 歳	5,710	自己申告による 口腔の健康	SF-12	前向きコホート 研究(追跡期間： 15 か月)	共変量調整後、自己申告による口腔の健康状態が良いほどベースラインでの身体的および精神的サマリスコアが高く、経時変化とともに精神的サマリスコアが有意に大きく低下した。	主観的な口腔健康状態
Lee et al. 2014 (台湾) ⁴⁴⁾	地域在住高齢者	平均 74 歳	954	咀嚼能力	SF-36	横断研究	共変量調整後、咀嚼能力が高いほど精神的サマリスコアおよび身体的サマリスコアが有意に高かった。	咀嚼能力
森崎 他 2013 (日本) ⁴⁵⁾	虚弱高齢者	平均 83 歳	64	摂食・嚥下機 能低下	SF-8	横断研究	摂食・嚥下機能低下所見を有する者では、有しない者と比較して、身体機能、体の痛み、全体的健康感、活力、社会生活機能、心の健康のスコアが有意に低かった。	摂食嚥下機能低下
Huang et al. 2013 (米国) ⁴⁶⁾	糖尿病高齢者	65 歳以上	70,363	抜去永久歯数	Healthy Days Core Module	横断研究	共変量調整後、6 本以上永久歯を抜歯した群は、抜歯経験がない群と比較して、過去 30 日間の身体的に不健康な日数が有意に 1.32 日多かった。	歯の喪失
Easton et al. 2008 (米国) ⁴⁷⁾	う蝕患者	2～6 歳	150	う蝕	ITQOL	横断研究	慢性・急性う蝕のある子供は、身体的痛み/不快感、気質/気分、全体的行動のスコアがう蝕のない子どもよりも有意に低かった。	う蝕
Tajima et al. 2007 (日本) ⁴⁸⁾	(1) 外科的矯正が 必要な患者；(2) 非外科的矯正が必 要な患者；(3) 正 常咬合の対象者	(1) 平均 25 歳； (2) 平均 23 歳； (3) 平均 22 歳	(1) 61 (2) 66 (3) 66	不正咬合の重 症度	SF-36	横断研究	NS	咬合状態

*選好に基づく尺度；QOL, Quality of Life; DMFT, Decay, missing, filled tooth; EQ-5D-5L, the EuroQol 5-dimension, 5-level instrument; SF-12, 12-item Short-Form Health Survey; WHOQOL-BREF, abbreviated version for the World Health Organization Instrument for Quality of Life Assessment; SF-36, 36-item Short-Form Health Survey; EQ-5D, the EuroQol 5-dimension; EQ-VAS, visual analog scale of the EuroQol; RAND36, the Dutch version of the SF-36; SF-8, 8-item Short-Form Health Survey; ITQOL, Infant and Toddler Quality of Life Questionnaire; B, 回帰係数；NS, No Significance.

表4 歯科治療と健康関連 QOL の関連についての原著論文

著者・発表年 (国)	対象者	年齢	人数	口腔に関する 変数	健康関連 QOL 尺度	研究デザイン	主な結果	分類
Ikeda et al. 2023 (日本) ²³⁾	地域在住自立高齢者	平均 74 歳	28,345	義歯使用	EQ-5D-5L*	横断研究	共変量調整後、現在歯数 19 本以下の義歯使用者は不使用者と比較し、推定効用値が有意に高かった (0 歯：不使用, 0.809/ 使用, 0.861; 1～4 歯：不使用, 0.858/ 使用, 0.859; 5～9 歯：不使用, 0.828/ 使用, 0.861; 10～19 歯：不使用, 0.860/ 使用, 0.871)。	従来型義歯
Posada-López et al. 2022 (コロンビア) ⁵⁷⁾	関節リウマチ患者	平均 55 歳	29	非外科的歯周治療	SF-36	前後比較試験	非外科的歯周治療後、日常役割機能 (精神)、心の健康のスコアが有意に改善した。	歯周治療
Bonafé et al. 2021 (ブラジル) ⁵⁸⁾	ホワイトニングを希望する歯学部学生	18～35 歳	55	オフィスホワイトニング (2 回)	WHOQOL-BREF	前後比較試験	NS	オフィスホワイトニング
Wigsten et al. 2020 (スウェーデン) ⁵³⁾	(1) 歯科診療所で根管治療を行う患者; (2) 歯科診療所で拔牙を行う患者	(1) 23～89 歳; (2) 21～82 歳	(1) 37 (2) 48	(1) 根管治療; (2) 拔牙	EQ-5D-5L*, EQ-VAS*	前向きコホート研究 (追跡期間: 1 か月)	治療 1 か月後、根管治療群のみ有意に EQ-5D-5L 効用値が改善した (変化: 根管治療群 vs. 拔牙群; 0.034 vs. 0.010)。	根管治療
Filius et al. 2018 (オランダ) ⁵⁴⁾	固定式インプラントによる治療が予定されていた、4 本以上の欠損歯を持つすべての患者	19～23 歳	25	インプラント治療	SF-36	前向きコホート研究 (追跡期間: 1 年)	NS	インプラント
Hoeksema et al. 2017 (オランダ) ⁴⁰⁾	地域在住高齢者	平均 80 歳	1,325	インプラントオーバーデンチャー使用	EQ-5D*	横断研究	フレイルの高齢者において、インプラントオーバーデンチャー使用群は、無歯群よりもわずかに効用値が高かった。	インプラント義歯
津田 他 2017 (日本) ⁵⁵⁾	有床義歯の新製を希望した有床義歯装着患者	65～85 歳	12	有床義歯新製	SF-12	前向きコホート研究 (追跡期間 6 週～12 週)	NS	従来型義歯
Jensen et al. 2016 (オランダ) ⁵⁰⁾	下顎両側遊離端欠損患者	44～71 歳	30	可撤性インプラント義歯	SF-36	ランダム化比較試験	NS	インプラント義歯
Yeh et al. 2016 (台湾) ⁵⁹⁾	う蝕患者	16～40 歳	126	う蝕修復治療	WHOQOL-BREF	前後比較試験	う蝕治療後、全体スコアが有意に高くなった。	う蝕修復治療
Gomes et al. 2015 (ブラジル) ⁵¹⁾	睡眠時ブラキシズム患者	18～40 歳	(1) 17 (2) 19 (3) 23 (4) 19	(1) 咀嚼筋マッサージ; (2) 咬合スプリント; (3) 咀嚼筋マッサージ + 咬合スプリント; (4) 介入なし	SF-36	ランダム化比較試験	咬合スプリント治療群で身体機能、全体的健康感、活力、日常生活機能 (精神)、心の健康のスコアが有意に向上した。	睡眠時ブラキシズム治療
Cakir et al. 2014 (トルコ) ⁵²⁾	下顎の部分的または完全歯列欠損患者	36～81 歳	各 29	(1) インプラントオーバーデンチャー; (2) 固定性インプラント補綴装置; (3) 下顎全部床義歯; (4) 可撤性部分床義歯	SF-36	ランダム化比較試験	治療後、(1) と (4) の心の健康、(3) の身体機能のスコアが有意に高くなった。	インプラント義歯、従来型義歯
Kuo et al. 2013 (台湾) ⁵⁶⁾	無歯顎高齢者	65 歳以上	224	全部床義歯治療	SF-36	前向きコホート研究 (追跡期間: 6 か月)	共変量調整後、治療前後で身体的サマリースコアおよび精神的サマリースコアに有意差は認められなかったが、全体的健康感のスコアのみ有意に高くなった。	従来型義歯
Wickert et al. 2014 (ドイツ) ⁶⁰⁾	補綴治療の必要性または要望のあるすべての患者	20～84 歳	166	補綴歯科治療 (ブリッジ、部分床義歯/全部床義歯治療)	SF-36	前後比較試験	治療後、対象者全体の身体的サマリースコアおよび体の痛みスコアがわずかに有意に改善したが、治療方法 (ブリッジ、部分床義歯/全部床義歯治療) で層別化した場合有意な変化は認められなかった。	ブリッジ、従来型義歯

(続く)

表 4 続き

著者・発表年 (国)	対象者	年齢	人数	口腔に関する 変数	健康関連 QOL 尺度	研究デザイン	主な結果	分類
Takemae et al. 2012 (日本) ⁽⁶¹⁾	歯を喪失した患者	30～80 歳	59 38	インプラント 治療, 従来型の 義歯治療	HUI3*	前後比較試験	60 歳以上の部分欠損患者において, 従来義歯治療が全体スコアを有意に改善させた (術前 vs. 術後: 0.57 vs. 0.80). インプラント治療は, 同患者の痛みのスコアのみを有意に改善させた (術前 vs. 術後: 0.96 vs. 0.98).	インプラント, 従来型義歯
Inoue et al. 2011 (日本) ⁽⁶⁴⁾	総義歯または全部 床義歯患者	平均 68 歳	196	義歯の安定性, 審美性	SF-36	横断研究	義歯の安定性が悪いほど身体的サマリースコアが有意に低かった. 義歯の審美性と健康関連 QOL との間には有意な関連は認められなかった.	従来型義歯
Berretin-Felix et al. 2008 (ブラジル) ⁽⁶²⁾	完全無歯顎患者	60～76 歳	15	インプラント オーバーデン チャー	WHOQOL-BREF	前後比較試験	NS	インプラント 義歯
Kishi et al. 2005 (日本) ⁽⁶³⁾	口臭を訴える患者	平均 47 歳	70	口臭治療	SF-36	前後比較試験	治療後に自覚症状の消失が認められた被験者では, 社会生活機能のスコアのみ有意に高くなった.	口臭治療

*選好に基づく尺度: QOL, Quality of Life; SF-36, 36-Item Short-Form Health Survey; WHOQOL-BREF, abbreviated version for the World Health Organization Instrument for Quality of Life Assessment; EQ-5D-5L, the EuroQol 5-dimension, 5-level instrument; EQ-VAS, visual analog scale of the European Quality of Life Instrument; EQ-5D, the EuroQol 5-dimension; SF-12, 12-Item Short-Form Health Survey; HUI3, Health Utilities Index Mark 3; NS, No Significance.

表 5 歯科保健行動と健康関連 QOL の関連についての原著論文

著者・発表年 (国)	対象者	年齢	人数	口腔に関する 変数	健康関連 QOL 尺度	研究デザイン	主な結果	分類
Gomes et al. 2020 (ブラジル) ⁽⁶⁵⁾	恵まれない地域に ある公立小学校の 7 年生	12 歳	376	歯磨き頻度, 口腔保健に関 する信念	Kiddo-KINDL	前向きコホート 研究 (追跡期間: 6 か月)	歯磨き頻度が多いほど全体スコアが有意に高かった. また, 口腔保健に関する否定的な信念は, 間接的に全体スコアの低さと有意に関連していた.	歯磨き頻度, 口 腔保健の信念
Leão et al. 2015 (ブラジル) ⁽⁴³⁾	農村集落の学校に 在籍する青少年全 員	10～19 歳	180	歯科サービス へのアクセス (歯科受診, 保険種別, 受 診目的, 歯科 医師へ相談す ることへの恐 怖, 健康教育, 歯科治療ニ ーズに関する自 己認識)	WHOQOL-BREF	横断研究	歯科受診のみにおいて有意な関連が認められた. 1 年以内に歯科受診をした青少年のほうが, 1 年以上前に歯科受診をした青少年よりも有意に全体スコアが高かった.	歯科サービ スのアクセス
Huang et al. 2013 (米国) ⁽⁴⁶⁾	糖尿病高齢者	65 歳以上	70,363	歯科受診, クリーニング	Healthy Days Core Module	横断研究	共変量調整後, 1 年以上前に歯科受診した群は, 1 年以内に歯科受診した群と比較して, 過去 30 日間の身体的に不健康な日数が有意に 1.27 日多かった. また, 5 年以上前に歯科医院でクリーニングを受けた群は, 1 年以内に受けた群と比較して, 過去 30 日間の身体的に不健康な日数が有意に 1.54 日多かった.	歯科受診, ク リーニング

*選好に基づく尺度: QOL, Quality of Life; WHOQOL-BREF, abbreviated version for the World Health Organization Instrument for Quality of Life Assessment; NS, No Significance.

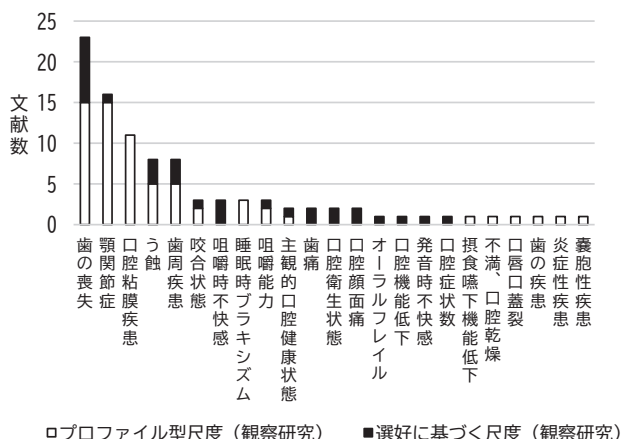


図1 口腔の健康状態の指標ごとの健康関連 QOL 文献数
同文献内に複数の指標が含まれる場合、重複して文献をカウントした。システマティックレビュー自体はカウントに含めず、システマティックレビューに含まれた原著論文数をカウントに含めた。

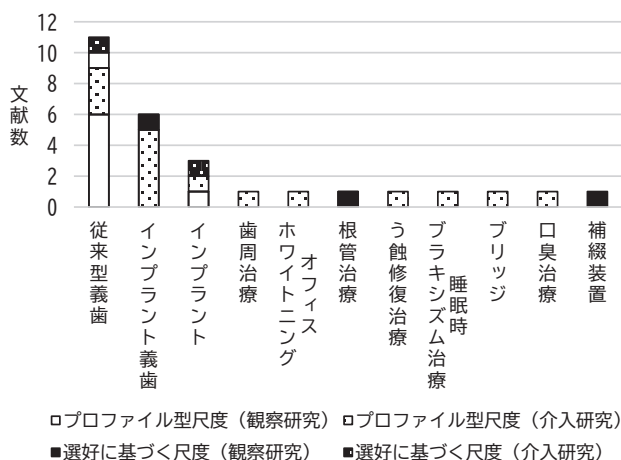


図2 歯科治療の指標ごとの健康関連 QOL 文献数
同文献内に複数の指標が含まれる場合、重複して文献をカウントした。システマティックレビュー自体はカウントに含めず、システマティックレビューに含まれた原著論文数をカウントに含めた。

考 察

1. 口腔の健康状態と健康関連 QOL の関連

口腔の健康状態では、歯の喪失、顎関節症、う蝕、歯周疾患、咬合状態、咀嚼時不快感、咀嚼能力、主観的な口腔の健康状態、歯痛、口腔衛生状態、口腔顔面痛、オーラルフレイル、口腔機能低下、発音時不快感、口腔症状数、と幅広い指標において PBM による評価が行われていた。指標ごとの文献数は全体的に少なかったが、歯の喪失、う蝕、歯周疾患については PBM の論文

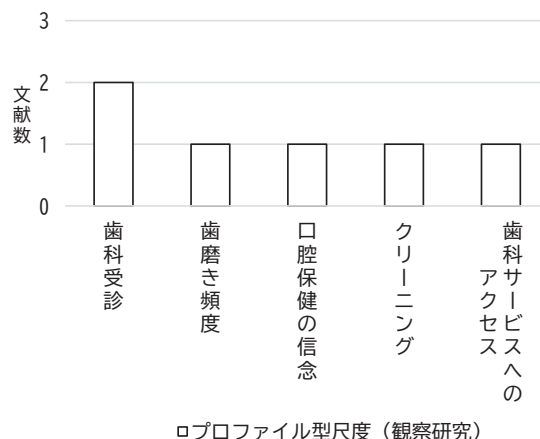


図3 歯科保健行動の指標ごとの健康関連 QOL 文献数
同文献内に複数の指標が含まれる場合、重複して文献をカウントした。

を複数含んだ SR も実施されており、エビデンスの蓄積が比較的進んでいた。しかしながら、日本国内の研究に限定した場合、PBM で評価された健康関連 QOL 効用値を報告した研究はわずかであった²³⁾。本論文では歯の喪失、口腔機能低下のいずれも MID を上回る効用値低下をもたらすことが示され、公衆衛生学的介入の重要性が示唆された。日本国内においてさまざまな口腔の健康状態が人々の健康関連 QOL へ及ぼす影響の程度を比較するためには、効率的な政策介入を促進させるための PBM によるエビデンスを今後さらに増やす必要があると考えられる。

2. 歯科治療と健康関連 QOL の関連

歯科治療では、従来型義歯、インプラントオーバーデンチャー、インプラント、根管治療、無歯顎者に対する補綴装置の指標において PBM による評価が行われていた。このうち、従来型義歯は最も PBM によるエビデンスが蓄積されていたが、健康関連 QOL へ及ぼす影響については報告結果が分かれていた。この原因として、Wickert らは口腔関連 QOL と比較した全身の健康関連 QOL の感度の低さを指摘している⁶⁰⁾。日本国内の研究に限定した場合、PBM で評価された健康関連 QOL 効用値を報告した研究はわずかであり^{23,61)}、EQ-5D-5L²³⁾ および HUI3⁶¹⁾ により従来型義歯^{23,61)} とインプラント⁶¹⁾ が評価されていた。これらの報告では従来型義歯は MID を上回る効用値改善をもたらすことが示されていた。一方で、インプラントでは効用値改善は認められたものの MID は上回っていなかった。インプラントが効用値へ与える影響については、将来、日本の医療保険制

度へのインプラント収載が検討される場合、重要な根拠となるため、日本の費用対効果評価制度で推奨されている EQ-5D-5L を用いた評価が求められる。

3. 歯科保健行動と健康関連 QOL の関連

歯科保健行動については、文献数が3本と少ないうえ^{43,46,65)}、PBMにより評価された文献は認められなかった。エビデンスが特に不足している領域であると考えられるため、今後更なる報告が待たれる。特に、国際的に多くの人々の歯科医療サービス利用促進が政策目標となっていることから¹⁾、歯科受診が健康関連 QOL へ与える影響を PBM により評価することは、医療経済評価を通じて政策立案者の意思決定を支援するために必要である。

4. 本研究の限界

本研究は、文献検索における選択と統合に体系的かつ厳密な方法論が採用されていないため、出版バイアスや選択バイアス、レビューアーバイアスにより本研究の結論の信頼性や再現性に課題がある。一方で、本研究は口腔の健康と健康関連 QOL の PBM による評価のエビデンス不足領域を特定し、今後の研究促進を促すことを目指している点において、一定の意義があると考えられる。

5. 結論

本結果より、口腔の健康状態は PBM による評価が多く行われている一方で、歯科治療や歯科保健行動では PBM による評価が不足していることが明らかになった。日本の文献はさらに不足しており、今後 PBM による評価の充実が求められる。

謝 辞

本研究は、厚生労働科学研究費補助金 (24FA1020) および JSPS 科研費 (23K24557, 24K23607) の助成を受けて実施された。

文 献

- 1) Weldring T, Smith SMS: Patient-reported outcomes (PROs) and patient-reported outcome measures (PROMs). *Health Serv Insights* 6: 61-68, 2013.
- 2) 下妻晃二郎, 能登真一ほか: 臨床・研究で活用できる! QOL 評価マニュアル, 医学書院, 東京, 2023, 16-17 頁.
- 3) Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ et al.: Tooth loss and oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* 8: 126, 2010.
- 4) Agnese CCD, Schöffner C, Kantorski KZ et al.: Periodontitis and oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 52: 408-420, 2025.
- 5) Zaror C, Matamala-Santander A, Ferrer M et al.: Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life:

- A systematic review and meta-analysis. *Int J Dent Hyg* 20: 120-135, 2022.
- 6) Aimée NR, Damé-Teixeira N, Alves LS et al.: Responsiveness of oral health-related quality of life questionnaires to dental caries interventions: Systematic review and meta-analysis. *Caries Res* 53: 585-598, 2019.
 - 7) Naito M, Yuasa H, Nomura Y et al.: Oral health status and health-related quality of life: A systematic review. *J Oral Sci* 48: 1-7, 2006.
 - 8) Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M et al.: Oral conditions and health-related quality of life: A systematic review. *J Dent Res* 96: 864-874, 2017.
 - 9) Pereira JV, Normando AGC, Rodrigues-Fernandes CI et al.: The impact on quality of life in patients with burning mouth syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 131: 186-194, 2021.
 - 10) Wong LB, Yap AU, Allen PF: Periodontal disease and quality of life: Umbrella review of systematic reviews. *J Periodontol Res* 56: 1-17, 2021.
 - 11) Pigozzi LB, Pereira DD, Pattussi MP et al.: Quality of life in young and middle age adult temporomandibular disorders patients and asymptomatic subjects: A systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* 19: 83, 2021.
 - 12) Duarte J, Pauleto P, Massignan C et al.: Association between sleep bruxism and quality of life: A systematic review. *J Oral Facial Pain Headache* 34: 341-352, 2020.
 - 13) Bitiniene D, Zamaliauskiene R, Kubilius R et al.: Quality of life in patients with temporomandibular disorders. A systematic review. *Stomatologija* 20: 3-9, 2018.
 - 14) Hansen C, Bakke M, Sonnesen L: Oro-facial function and quality of life in children and adolescents with large horizontal maxillary overjet-A case-control study. *J Oral Rehabil* 51: 982-991, 2024.
 - 15) Olsson B, Bergamaschi IP, Küchler EC et al.: Quality of life and temporomandibular disorders in patients with skeletal Class III malocclusion with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 59: 1391-1399, 2022.
 - 16) Van der Cruyssen F, Peeters F, Gill T et al.: Signs and symptoms, quality of life and psychosocial data in 1331 post-traumatic trigeminal neuropathy patients seen in two tertiary referral centres in two countries. *J Oral Rehabil* 47: 1212-1221, 2020.
 - 17) Kastenbom L, Falsen A, Larsson P et al.: Costs and health-related quality of life in relation to caries. *BMC Oral Health* 19: 187, 2019.
 - 18) Leite SDC, Herkrath FJ, Vettore MV et al.: The association between malocclusion and health-related quality of life in adolescents: A mediation analysis. *Eur J Oral Sci* 132: e12960, 2024.
 - 19) Frydrych AM, van Schaijik B, Parsons R et al.: Changes in quality of life over time in patients diagnosed with oral leukoplakia: A prospective longitudinal study. *J Oral Pathol Med* 52: 226-231, 2023.

- 20) Lee PH, McGrath CPJ, Kong AYC et al.: Self-reported oral health and quality of life: A latent growth curve analysis. *Int J Behav Med* 21: 358-363, 2014.
- 21) Puranen T, Hiltunen K, Kautiainen H et al.: Relationship between oral frailty, health-related quality of life, and survival among long-term care residents. *Eur Geriatr Med* 14: 1307-1315, 2023.
- 22) Zorawna M, Mäntylä P, Pitkälä K et al.: Relationship of occlusal status with health-related quality of life among older adults in long-term care facilities. *J Oral Rehabil* 50: 452-459, 2023.
- 23) Ikeda T, Hiratsuka Y, Yanagi N et al.: Health-related quality of life in various health conditions: Two consecutive surveys of older Japanese adults. *Qual Life Res* 32: 1209-1219, 2023.
- 24) Saarela RKT, Hiltunen K, Kautiainen H et al.: Oral hygiene and health-related quality of life in institutionalized older people. *Eur Geriatr Med* 13: 213-220, 2022.
- 25) Lindmark U, Ernsth Bravell M, Johansson L et al.: Oral health is essential for quality of life in older adults: A Swedish National Quality Register Study. *Gerodontology* 38: 191-198, 2021.
- 26) Memon AB, Rahman AAU, Channar KA et al.: Assessing the quality of life of oral submucous fibrosis patients: A cross-sectional study using the WHOQOL-BREF tool. *Int J Environ Res Public Health* 18: 9498, 2021.
- 27) Nomura Y, Kakuta E, Okada A et al.: Impact of the serum level of albumin and self-assessed chewing ability on mortality, QOL, and ADLs for community-dwelling older adults at the age of 85: A 15 year follow up study. *Nutrients* 12: 3315, 2020.
- 28) Do KY, Moon S: Relationship between subjective oral discomfort and health-related quality of life in the south Korean elderly population. *Int J Environ Res Public Health* 17: 1906, 2020.
- 29) Kang HK, Kim YR: Association between dental treatment, quality of life, and activity limitation according to masticatory discomfort: Evidence from the Korean national health and Nutrition Examination Survey (2013-2015). *Int J Environ Res Public Health* 17: 547, 2020.
- 30) Forssell H, Sipilä K, Teerijoki-Oksa T et al.: The impact of chronic orofacial pain on health-related quality of life. *Scand J Pain* 20: 329-338, 2020.
- 31) Ustaoglu G, Göller Bulut D, Gümüş KÇ: Evaluation of the effects of different forms of periodontal diseases on quality of life with OHIP-14 and SF-36 questionnaires: A cross-sectional study. *Int J Dent Hyg* 17: 343-349, 2019.
- 32) Cho MJ, Kim EK: Subjective chewing ability and health-related quality of life among the elderly. *Gerodontology* 36: 99-106, 2019.
- 33) Park HE, Song HY, Han K et al.: Number of remaining teeth and health-related quality of life: The Korean National Health and Nutrition Examination Survey 2010-2012. *Health Qual Life Outcomes* 17: 5, 2019.
- 34) Saarela RKT, Savikko NM, Soini H et al.: Burden of oral symptoms and health-related quality of life in long-term care settings in Helsinki, Finland. *J Nutr Health Aging* 23: 1021-1025, 2019.
- 35) Min Ang X, Chi Khang Au P, Kwok K et al.: Quality of life in patients with oral leukoplakia. *J Oral Pathol Med* 48: 574-580, 2019.
- 36) Kuryu M, Niimi K, Gotoh H et al.: Assessment of the oral health-related quality of life and the health-related quality of life of patients with stomatological diseases. *Oral Sci Int* 16: 147-154, 2019.
- 37) Hoeksema AR, Peters LL, Raghoobar GM et al.: Health and quality of life differ between community living older people with and without remaining teeth who recently received formal home care: A cross sectional study. *Clin Oral Investig* 22: 2615-2622, 2018.
- 38) Haag DG, Peres KG, Brennan DS: Tooth loss and general quality of life in dentate adults from Southern Brazil. *Qual Life Res* 26: 2647-2657, 2017.
- 39) Kim S, Kim Y, Kwon H: Differences in health-related quality of life by sleep duration and subjective oral health in Korean adults with coronary artery disease. *Int J Nurs Pract* 23, 2017.
- 40) Hoeksema AR, Spoorenberg S, Peters LL et al.: Elderly with remaining teeth report less frailty and better quality of life than edentulous elderly: A cross-sectional study. *Oral Dis* 23: 526-536, 2017.
- 41) Yang SE, Park YG, Han K et al.: Dental pain related to quality of life and mental health in South Korean adults. *Psychol Health Med* 21: 981-992, 2016.
- 42) Marques TCN, Sarracini KLM, Cortellazzi KL et al.: The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. *BMC Oral Health* 15: 38, 2015.
- 43) Leão MM, Garbin CAS, Moimaz SAS et al.: Oral health and quality of life: An epidemiological survey of adolescents from settlement in Pontal do Paranapanema/SP, Brazil. *Cien Saude Colet* 20: 3365-3374, 2015.
- 44) Lee IC, Yang YH, Ho PS et al.: Chewing ability, nutritional status and quality of life. *J Oral Rehabil* 41: 79-86, 2014.
- 45) 森崎直子, 三浦宏子, 原 修一ほか: 虚弱高齢者における摂食・嚥下機能の低下と健康関連 QOL との関連性. *老年歯学* 28 : 20-26, 2013.
- 46) Huang DL, Chan KCG, Young BA: Poor oral health and quality of life in older U.S. adults with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc* 61: 1782-1788, 2013.
- 47) Easton JA, Landgraf JM, Casamassimo PS et al.: Evaluation of a generic quality of life instrument for early childhood caries-related pain. *Community Dent Oral Epidemiol* 36: 434-440, 2008.
- 48) Tajima M, Kohzuki M, Azuma S et al.: Difference in quality of life according to the severity of malocclusion in Japanese orthodontic patients. *Tohoku J Exp Med* 212: 71-80, 2007.

- 49) Egido Moreno S, Ayuso Montero R, Schemel Suárez M et al.: Evaluation of the quality of life and satisfaction in patients using complete dentures versus mandibular overdentures. Systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Dent Res* 7: 231-241, 2021.
- 50) Jensen C, Raghoobar GM, Kerdijk W et al.: Implant-supported mandibular removable partial dentures; Patient-based outcome measures in relation to implant position. *J Dent* 55: 92-98, 2016.
- 51) Gomes CAF de P, El-Hage Y, Amaral AP et al.: Effects of massage therapy and occlusal splint usage on quality of life and pain in individuals with sleep bruxism: A randomized controlled trial. *J Jpn Phys Ther Assoc* 18: 1-6, 2015.
- 52) Cakir O, Kazancioglu HO, Celik G et al.: Evaluation of the efficacy of mandibular conventional and implant prostheses in a group of Turkish patients: A quality of life study: Quality of life and implants. *J Prosthodont* 23: 390-396, 2014.
- 53) Wigsten E, Kvist T, Jonasson P et al.: Comparing quality of life of patients undergoing root canal treatment or tooth extraction. *J Endod* 46: 19-28. e1, 2020.
- 54) Filius MAP, Vissink A, Cune MS et al.: Effect of implant therapy on oral health-related quality of life (OHIP-49), health status (SF-36), and satisfaction of patients with several agenetic teeth: Prospective cohort study. *Clin Implant Dent Relat Res* 20: 592-597, 2018.
- 55) 津田尚吾, 鱒見進一, 植原絵理ほか: 有床義歯装着患者に対する補綴歯科治療介入が咀嚼機能および QOL に及ぼす影響. *九州歯会誌* 71: 67-74, 2017.
- 56) Kuo HC, Kuo YS, Lee IC et al.: The association of responsiveness in oral and general health-related quality of life with patients' satisfaction of new complete dentures. *Qual Life Res* 22: 1665-1674, 2013.
- 57) Posada-López A, Botero JE, Pineda-Tamayo RA et al.: A. The effect of periodontal treatment on clinical and biological indicators, quality of life, and oral health in rheumatoid arthritis patients: A quasi-experimental study. *Int J Environ Res Public Health* 19: 1789, 2022.
- 58) Bonafé E, Rezende M, Machado MM et al.: Personality traits, psychosocial effects and quality of life of patients submitted to dental bleaching. *BMC Oral Health* 21: 7, 2021.
- 59) Yeh DY, Kuo HC, Yang YH et al.: The responsiveness of patients' quality of life to dental caries treatment-A prospective study. *PLoS One* 11: e0164707, 2016.
- 60) Wickert M, John MT, Schierz O et al.: Sensitivity to change of oral and general health-related quality of life during prosthodontic treatment. *Eur J Oral Sci* 122: 70-77, 2014.
- 61) Takemae R, Uemura T, Okamoto H et al.: Changes in mental health and quality of life with dental implants as evaluated by General Health Questionnaire (GHQ) and Health Utilities Index (HUI). *Environ Health Prev Med* 17: 463-473, 2012.
- 62) Berretin-Felix G, Nary Filho H, Padovani CR et al.: A longitudinal study of quality of life of elderly with mandibular implant-supported fixed prostheses. *Clin Oral Implants Res* 19: 704-708, 2008.
- 63) Kishi M, Abe A, Yonemitsu M: Relationship between the SF-36 questionnaire and patient's satisfaction following halitosis therapy. *Oral Dis* 11 Suppl 1: 89-91, 2005.
- 64) Inoue M, John MT, Tsukasaki H et al.: Denture quality has a minimal effect on health-related quality of life in patients with removable dentures. *J Oral Rehabil* 38: 818-826, 2011.
- 65) Gomes AC, Rebelo MAB, de Queiroz AC et al.: Socioeconomic status, social support, oral health beliefs, psychosocial factors, health behaviours and health-related quality of life in adolescents. *Qual Life Res* 29: 141-151, 2020.

著者への連絡先: 原田真奈実 〒980-8575 宮城県仙台市青葉区星陵町4番1号 東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野

TEL : 022-717-7639 FAX : 022-717-7644

E-mail : manami.harada.c1@tohoku.ac.jp

Association Between Oral Health and General Health-related Quality of Life

Manami HOSHI-HARADA¹⁾, Taro KUSAMA^{1,2)}, Ken OSAKA¹⁾ and Kenji TAKEUCHI^{1,2)}

¹⁾Department of International and Community Oral Health,
Tohoku University Graduate School of Dentistry

²⁾Division of Statistics and Data Science, Liaison Center for Innovative Dentistry,
Tohoku University Graduate School of Dentistry

Abstract: Preference-based measures (PBMs) that provide utility scores for health-related quality of life (HRQoL) play a crucial role in optimizing healthcare resource allocation. This study aimed to review previous findings on the association between oral health and general HRQoL and identify areas where evidence is lacking, particularly based on evaluations using PBMs. A total of fifty-nine articles were selected through literature searches. Studies that used general HRQoL instruments as outcome variables were selected and categorized into profile types and PBMs. The explanatory variables for oral health were grouped into: oral health status, dental care, and oral health behavior. Forty-two articles that focused on the oral health status were selected, and PBMs were used to evaluate a wide range of such statuses: 7 systematic reviews (SRs; PBMs: 3); 35 observational studies (PBMs: 16). However, in Japan, reported utility scores were limited to tooth loss and decline in oral function. Twenty articles on dental care were selected: three SRs (PBMs: 0), seven observational studies (PBMs: 3), and ten intervention studies (PBMs: 1). In Japan, the effect of dentures and dental implants on utility scores has been documented. Three articles on oral health behaviors were selected, but these were not evaluated using PBMs. The results indicate that although the oral health status was often evaluated using PBMs, dental care interventions and oral health behaviors were insufficiently assessed using them. The paucity of Japanese literature reporting PBM-based utility scores highlights the necessity of conducting further rigorous evaluations in these domains.

J Dent Hlth 76: 15-28, 2026

Key words: Oral health, Dental care, Health behavior, Patient outcome assessment, Quality of Life

Reprint requests to M. HOSHI-HARADA, Department of International and Community Oral Health, Tohoku University Graduate School of Dentistry, 4-1, Seiryomachi, Aoba-ku, Sendai, Miyagi, 980-8575, Japan

TEL: +81227177639/FAX: +81227177644/E-mail: manami.harada.c1@tohoku.ac.jp

原 著

母親の妊娠期の歯周状態と児の3歳時におけるう蝕罹患との関連

武市真那実¹⁾ 福井 誠¹⁾ 坂本 治美²⁾
 十川 悠香²⁾ 吉岡 昌美²⁾ 日野出大輔¹⁾

概要: 本研究では、母親の妊娠期の歯周状態と児の3歳時におけるう蝕罹患との関連について検討することを目的とした。徳島県N市で平成25年度から平成27年度にかけて実施された無料妊婦歯科健康診査の受診者で、1歳6か月児および3歳児歯科健康診査を受診した母子259名を対象者とした。妊娠期、1歳6か月児および3歳児健康診査の歯科健康診査結果とアンケート調査結果を用いて、「3歳児う蝕：あり」との関連項目を分析した。さらに、「3歳児う蝕」の有無を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析を行った。

3歳児健康診査では27名(10.4%)にう蝕が認められ、12名に多数歯う蝕(4本以上)が認められた。また、妊娠期の「6mm以上の歯周ポケット」の有無と3歳児のう蝕罹患の有無(オッズ比=5.33, $p<0.01$, 95%信頼区間: 1.52-18.76)および多数歯う蝕(オッズ比=7.20, $p<0.05$, 95%信頼区間: 1.44-35.91)との間に関連性が認められた。

以上より、妊娠期に6mm以上の歯周ポケットを有する者の児は、3歳時におけるう蝕罹患のハイリスク者になる可能性が示された。

索引用語：妊婦，歯周状態，口腔保健，乳歯う蝕

口腔衛生会誌 76：29-37, 2026

(受付：令和7年3月28日／受理：令和7年7月18日)

緒 言

近年、妊娠・出産の年齢層である40歳未満の成人女性において、歯周ポケットが4mm以上の者の割合が増加していることが報告されている^{*1}。妊娠期はつわりやホルモンバランスの変化により口腔清掃状態が不良になりやすいため、う蝕や歯周病が発症・増悪しやすく¹⁾口腔環境が大きく変化する時期である。久保らは、妊婦は非妊婦と比較して歯周ポケットを有するなど歯周状態が不良な者が多いことを報告している²⁾。

妊娠期の歯周状態は胎児の成長と関連があるとされる³⁻⁸⁾。これらの関連については、1990年代以降、歯周病と早産・低体重児出産との関連についての研究が数多く実施されてきた³⁻⁸⁾。近年ではZhangらが2020年までの観察研究のメタアナリシスから早産および低体重児出産は歯周病と有意な関連があるとし、歯周病を有

する妊婦ではこれらのリスクが有意に高いことを示唆した⁹⁾。また、妊娠中の歯周病治療により早産・低体重児出産予防の効果が認められたとする報告もある^{10,11)}。このように、妊娠期の口腔保健の重要性が再認識されている。

また、乳児の多数歯う蝕罹患が注目されている。令和2年度地域保健・健康増進事業報告^{*2}によると3歳児のう蝕有病者は11.8%に対し、4本以上のう蝕有病者は3.9%だった。幼児のう蝕有病者率は減少傾向であるものの多数歯のう蝕を有する幼児は依然として認められる。これを踏まえ、歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第二次)では、乳幼児期の歯・口腔に関する健康格差について評価する新たな指標として「3歳児で4本以上のう蝕のある歯を有する者の割合」が設定され、これを0%とする目標値が掲げられた^{*3}。

われわれは、3歳児う蝕に与える影響因子として1歳

¹⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔保健衛生学分野

²⁾ 徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科

^{*1} 厚生労働省：平成23年～令和4年歯科疾患実態調査報告，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-17.html> (2025年3月17日アクセス)。

^{*2} 厚生労働省：令和2年度地域保健・健康増進事業報告の概況，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/20/index.html> (2025年3月17日アクセス)。

^{*3} 厚生労働省：歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の全部改正について，<https://www.mhlw.go.jp/content/001154214.pdf> (2025年3月17日アクセス)。

6か月時点での「おやつ回数」「口腔清掃状態」「歯周病の知識」と「無料妊婦歯科健診受診」の項目の関与を報告した¹²⁾。無料妊婦歯科健診受診は妊娠期の母親の歯科保健行動に関わる要因である。また、未処置歯を有する母親の子どもで乳歯う蝕罹患率が高いという報告¹³⁻¹⁵⁾はあるが、妊娠期の口腔状態と乳歯う蝕との関連、特に、妊娠期の歯周状態と乳児期の多数歯う蝕との関連を調べた報告はきわめて少ない¹⁴⁾。それ故、妊娠期の歯科保健行動や口腔状態と乳歯う蝕罹患との関連性については十分に検証されていないと考える。

以上の背景から、本研究では母親の妊娠期の歯周状態と児の乳歯う蝕の関連について検討することを目的とした。

対象および方法

1. 対象

徳島県N市で平成25年度から平成27年度に実施された無料妊婦歯科健康診査の受診者276名を母集団とし、1歳6か月児および3歳児歯科健康診査を受診した母子のうち多胎児出産者を除いた259名を分析対象とした。

無料妊婦歯科健康診査は、妊婦歯科健康診査の受診票を母子健康手帳交付の翌月に送付し、歯科医院で実施された歯科健康診査費用をN市が負担し、その結果をN市が集約するものである。なお、本研究報告はSTROBE声明^{*4)}に照らし合わせて記載した。

2. 方法

1) 調査項目

(1) 妊婦歯科健康診査時の調査項目

歯科医師による歯科診査項目は「未処置歯（なし／あり）」「口腔清掃状態（良好／普通・不良）」「歯列咬合所見（所見なし／所見あり）」「4mm以上の歯周ポケット（なし／あり）」「6mm以上の歯周ポケット（なし／あり）」の5項目とした。口腔清掃状態は、良好：きれい、普通、不良：汚れているの3段階にて判定した。その他の診査は平成23年歯科疾患実態調査の診査基準¹⁶⁾に基づいて実施したが、歯列咬合の状況は明確に叢生などが判断できる場合に所見ありとした。

先行研究²⁾を参考にアンケート項目は「年齢区分（24歳以下／25歳以上）」に加えて以下の7つの項目「口腔の満足度（満足／やや不満・苦痛）」「喫煙習慣（はい／いいえ）」「一日の歯磨き回数（2回以下／3回以上）」「定期歯科健診受診（はい／いいえ）」「歯の疼痛（はい／いいえ）」「ブラッシング時の出血（はい／いいえ）」「歯間

部清掃用具の使用（はい／いいえ）」を用いた。

(2) 1歳6か月児歯科健康診査時の調査項目

アンケート項目は「妊婦健診時の年齢区分（24歳以下／25歳以上）」に加えて、「低体重児出産（はい／いいえ）」「出生順位（第一子／第二子以降）」「おやつ回数（2回以下／3回以上）」「仕上げ磨き（はい／いいえ）」「フッ化物の知識（あり／なし）」「母親の歯周病の知識：歯周病と体の病気（全身疾患）に関係があることをご存知ですか（はい／いいえ）」「母親の定期歯科受診（はい／いいえ）」「母親の喫煙習慣（はい／いいえ）」の8項目とした。歯科診査項目は「口腔清掃状態（きれい／その他）」とした。口腔清掃状態は徳島県母子保健マニュアルに基づき評価した（きれい：上顎乳中側切歯唇面にほとんど歯垢を認めない；少ない：部分的に歯垢を認める；多い：ほとんど全面に渡り歯垢が付着）。

(3) 3歳児歯科健康診査時の調査項目

歯科診査結果を用い、「3歳児う蝕：（なし／あり）」および多数歯う蝕を有するう蝕ハイリスク児「3歳児う蝕数4本以上：（なし／あり）」を調査項目とした。う蝕の評価は、厚生労働省の母子健康診断・保健指導実施要項に基づき評価を行った。

なお、1歳6か月児歯科健康診査および3歳児歯科健康診査はいずれもN市から委託された地域の歯科医院の歯科医師26名によって実施した。

(4) データ管理

1歳6か月児のアンケート調査は、N市から健康診査対象者へ質問紙を事前に郵送して実施した。対象者は、同封の研究の説明文書を読み、同意した場合は、アンケート用紙の同意確認欄にチェックをして同意の意思を示し、健康診査当日に提出することとした。妊娠期、1歳6か月児および3歳児の歯科健康診査結果は、個人情報部分を除いてエクセル表に入力し、電子データとして保存した。この際、データは対応表の番号を割り付けて匿名化を行うが、これらの個人情報の管理はN市健康福祉部健康増進課が行った。なお、アンケート項目で回答欄に未記入の項目は除外し、記入のある項目のみデータとして用いた。

2) サンプルサイズ

本研究は、住民の健康増進を目的とした妊婦歯科健康診査および1歳6か月児・3歳児歯科健康診査に付随して実施されたものであり、事前のサンプルサイズの算出は行っていない。適格基準を満たし、参加に同意したすべての母子を分析対象とした。

^{*4)} STROBE Statement : Checklist of items that should be included in reports of cohort studies, <https://www.strobe-statement.org/checklists/> (2025年6月9日アクセス)。

3) 統計解析

(1) 歯周ポケットの有無で妊婦歯科健診項目またはアンケート調査項目のうち差異の認められた項目

妊婦歯科健康診査時に得られたアンケート項目（口腔衛生習慣）と歯科診査項目（口腔状態）について、「4 mm 以上の歯周ポケット」の有無での差異を χ^2 検定またはフィッシャーの直接確率検定にて分析した。同様に「6 mm 以上の歯周ポケット」の有無での差異についても分析した。

さらに、妊婦歯科健診時に「定期歯科健診受診：あり」の者を定期歯科健診受診群とした。受診群と非受診群の妊婦歯科健康診査時のアンケート項目と歯科診査項目について χ^2 検定またはフィッシャーの直接確率検定を用いて比較した。また、「6 mm 以上の歯周ポケット」の有無に着目し、交絡因子を考慮した二項ロジスティック回帰分析を行った（独立変数：「年齢区分」「定期歯科健診受診」「歯間部清掃用具の使用」「一日の歯磨き回数」「歯列咬合所見」「現在の喫煙習慣」、従属変数：「6 mm 以上の歯周ポケット」）。なお、本研究の有意水準は5%とした。

(2) 妊娠期の歯科保健行動および口腔状態と乳歯う蝕罹患との関連性

妊婦歯科健康診査および1歳6か月児歯科健康診査時に得られたアンケート項目と歯科診査項目について、「3歳児う蝕：あり」との関連を χ^2 検定またはフィッシャーの直接確率検定にて分析した。同様にう蝕ハイリスク児「3歳児う蝕数4本以上：あり」との関連についても分析した。

また、交絡因子を考慮するため、「3歳児う蝕」の有無を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析を行った。なお、先行研究¹²⁾を踏まえ、1歳6か月時点の「口腔清掃状態」「おやつの回数」「母親の歯周病の知識」の項目に加えて、表2で有意差の認められた「出生順位」「妊娠期の6 mm 以上の歯周ポケット」「母親の喫煙習慣」を独立変数として解析を行った。さらに、「3歳児う蝕数4本以上」の有無を従属変数、上記と同じ項目を独立変数とした二項ロジスティック回帰分析を行った。なお、多重共線性への対応として、解析に用いた項目間でのファイ係数を確認した。ファイ係数0.1以上は出生順位と6 mm 以上の歯周ポケットが0.15、喫煙習慣と歯周病の知識が0.11であり、弱い相関が疑われた。しかし、その他は0.01-0.09であり、互いに独立していると判断して上記の6項目を二項ロジスティック回帰分析に用いた。

3. 倫理的配慮

本研究は、徳島大学病院生命科学・医学系研究倫理審査委員会の承認を得た（承認番号：3042-4）。

結 果

本研究のフローダイヤグラムを図1に示す。母集団276名のうち分析対象者は259名であり、妊婦の歯周状態に関して122名（47.1%）の妊婦に4 mm 以上の歯周ポケットが認められ、16名（6.2%）に6 mm 以上の歯周ポケットが認められた。歯周ポケットの有無で妊婦歯科健診項目またはアンケート調査項目のうち差異の認められたものを図2に示す。「4 mm 以上の歯周ポケット」の該当者は非該当者と比較して「口腔清掃状態」が良好である者の割合が低く（ $p<0.01$ ）、「歯列咬合所見」を認める者の割合が有意に高かった（ $p<0.01$ ）。また、「6 mm 以上の歯周ポケット」の該当者は非該当者と比較して「定期歯科健診」非受診である者の割合が有意に高かった（ $p<0.01$ ）。

妊娠期の「6 mm 以上の歯周ポケット」と「定期歯科健診」で関連が認められたことから、口腔衛生習慣および口腔状態について定期歯科健診受診群と非受診群を比較した結果を表1に示す。259名のうち、妊婦歯科健診時に「定期歯科健診受診：あり」の者は69名（26.6%）であった。アンケート項目のうち受診群は非受診群と比較して「口腔内の満足度」が高い者の割合が高かった（ $p<0.01$ ）。また、「歯の疼痛」がある者の割合が低く（ $p<0.05$ ）、「ブラッシング時の出血」を認める者も少なかった（ $p<0.01$ ）。「歯間部清掃用具使用」の項目では受診群で使用する者の割合が有意に高かった（ $p<0.01$ ）。歯科診査項目に関して、受診群では「未処置歯」を有する者の割合が低く（ $p<0.01$ ）、「口腔清掃状態」が良好である者の割合が高かった（ $p<0.01$ ）。歯周状態については、「4 mm 以上の歯周ポケットの有無」で有意差は認められなかったが、「6 mm 以上の歯周ポケットの有無」では、非受診群で「6 mm 以上の歯周ポケット」を有する者の割合が有意に高かった（ $p<0.01$ ）。また、結果としては示していないが、無料妊婦歯科健康診査受診者276名の二項ロジスティック回帰分析の結果、交絡バイアスを考慮した「6 mm 以上の歯周ポケット」の有無との関連項目は「定期歯科健診受診」のみであった（オッズ比 [Odds Ratio: OR]=8.25, $p<0.05$, 95% 信頼区間 [Confidence Interval: CI]: 1.06-64.0）。

乳歯う蝕に関して、259組の母子のうち27名（10.4%）の3歳児にう蝕が認められた。3歳児う蝕の有無との関連を調べた結果を表2に示す。3歳時点でのう蝕の頻度

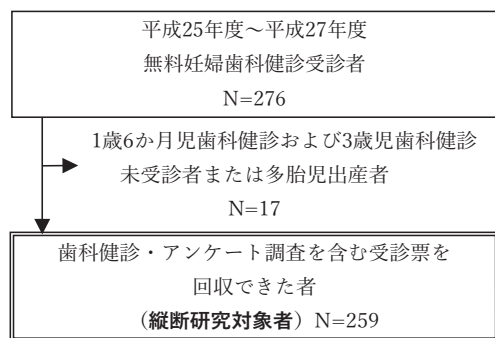


図1 フローダイアグラム

が高いことと有意に関連していた項目はアンケート項目では「年齢区分：24歳以下」($p<0.01$)，「出生順位：第2子以降」($p<0.05$)であり，歯科診査項目では「6 mm以上の歯周ポケット：あり」($p<0.05$)であった。

12名(4.6%)の3歳児では4本以上の歯(多数歯う蝕)が認められた。「3歳児う蝕数4本以上」の有無と調査項目との関連性は表2に示すように妊婦歯科健診時の調査項目では「出生順位：第2子以降」および「6 mm以上の歯周ポケット：あり」，1歳6か月児歯科健診時の調査項目では母親の「歯周病の知識：なし」と回答した者の子どもで「3歳児う蝕4本以上：あり」の割合が高く，有意な差が認められた(いずれも $p<0.05$)。

「3歳児う蝕」の有無を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果を表3に示す。「妊娠期の6 mm以上の歯周ポケット」($OR=5.33$, $p<0.01$, 95%CI: 1.52-18.76)，「1歳6か月児の口腔清掃状態」($OR=4.42$, $p<0.05$, 95%CI: 1.27-15.34)，「1歳6か月児のおやつ回数」($OR=4.31$, $p<0.05$, 95%CI: 1.30-14.23)，「母親の歯周病の知識」($OR=5.07$, $p<0.01$, 95%CI: 1.84-13.96)，「母親の喫煙習慣」($OR=4.71$, $p<0.05$, 95%CI: 1.36-16.36)が有意に関連した。

また，「3歳児う蝕数4本以上」の有無を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析では「妊娠期の6 mm以上の歯周ポケット」($OR=7.20$, $p<0.05$, 95%CI: 1.44-35.91)「1歳6か月児のおやつ回数」($OR=5.69$, $p<0.05$, 95%CI: 1.10-29.59)「母親の歯周病の知識」($OR=9.46$, $p<0.01$, 95%CI: 2.09-42.73)が有意に関連した(表3)。

なお，結果には示していないが259名のうち低体重児出産は21名(8.1%)であり，「4 mm以上の歯周ポケット」の有無と「低体重児出産」の有無との関連は認めなかった(χ^2 検定, $p=0.961$)。

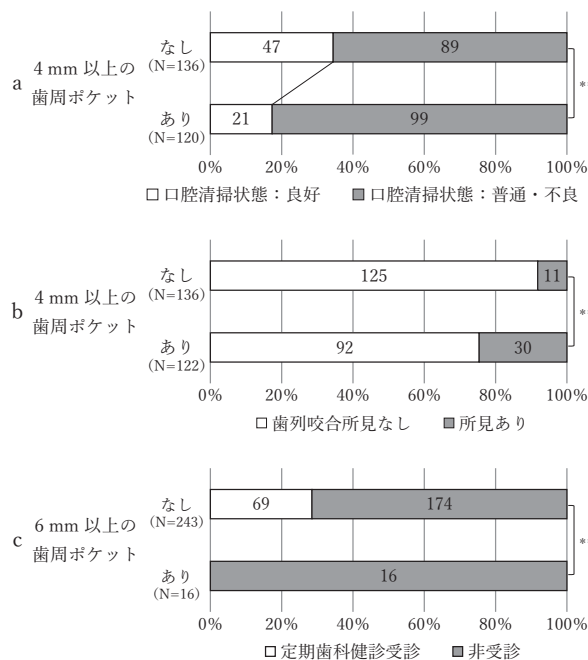


図2 歯周ポケットの有無で妊婦歯科健診項目またはアンケート調査項目のうち差異の認められた項目

図中の数値は人数を示す。

** : $p<0.01$ (χ^2 検定またはフィッシャーの直接確率検定)

考 察

本研究では，出産後の子どもの口腔の健康として乳歯う蝕の罹患に着目した。表2に示すように，3歳児のう蝕に影響を与える因子としていくつかの基本属性が認められた。妊婦歯科健診時に24歳以下であった母親の子どもは3歳児う蝕の有病率が高くなる可能性が示唆された。その背景には，若年層は就職や結婚などで移動し，かかりつけ歯科が定着しづらい時期であり，妊娠・出産までに歯科の知識に触れる機会が少ないことが考えられる。実際に日本歯科医師会が2018年に行った「歯科医療に関する一般生活者意識調査」において，年代別にかかりつけ歯科医をもつ割合を調べた結果，20代が最も低いことが示されている^{*5}。そのため，中高生など早期から妊娠期の口腔健康管理の重要性について学ぶ教育プログラムが有効と考える。現在日本では学校歯科保健としての歯科健診は高校生までしか実施されておらず，大学生や専門学生の歯科健診は義務付けられていない。そのため，かかりつけ歯科をもち定期的な管理を行わない場合には歯科受診から離れる期間が生じる。高校卒業後

*5 公益社団法人日本歯科医師会：2040年を見据えた歯科ビジョン—令和における歯科医療の姿，
<https://www.jda.or.jp/dentist/vision/pdf/vision-all.pdf> (2025年3月27日アクセス)。

表1 妊婦の口腔衛生習慣および口腔状態と定期歯科健診受診との関連性

		定期歯科健診受診		計	p 値	
		はい	いいえ			
全体		69 (26.6)	190 (73.4)	259		
妊婦歯科健康診査 アンケート調査項目						
年齢区分 [†]	24 歳以下	3 (4.3)	12 (6.3)	15	0.765	
	25 歳以上	66 (95.7)	177 (93.7)	243		
歯・口腔状態について [†]	満足	32 (48.5)	47 (25.8)	79	0.001	**
	やや不満・苦痛	34 (51.5)	135 (74.2)	169		
現在の喫煙習慣 [†]	はい	2 (2.9)	5 (2.6)	7	1.000	
	いいえ	67 (97.1)	184 (97.4)	251		
一日の歯磨き回数 [†]	2 回以下	41 (60.3)	119 (63.3)	160	0.661	
	3 回以上	27 (39.7)	69 (36.7)	96		
歯の疼痛 [†]	はい	16 (23.5)	72 (37.9)	88	0.032	*
	いいえ	52 (76.5)	118 (62.1)	170		
ブラッシング時の出血	はい	26 (37.7)	109 (57.4)	135	0.005	**
	いいえ	43 (62.3)	81 (42.6)	124		
歯間部清掃用具の使用 [†]	はい	41 (60.3)	64 (33.9)	105	<0.001	**
	いいえ	27 (39.7)	125 (66.1)	152		
歯科診査項目						
未処置歯	なし	60 (87.0)	124 (65.3)	184	0.001	**
	あり	9 (13.0)	66 (34.7)	75		
口腔清掃状態 [†]	良好	29 (42.0)	39 (20.9)	68	0.001	**
	普通・不良	40 (58.0)	148 (79.1)	188		
歯列咬合所見 [†]	所見なし	59 (86.8)	158 (83.2)	217	0.485	
	所見あり	9 (13.2)	32 (16.8)	41		
歯周ポケット 4 mm 以上	なし	38 (55.1)	99 (52.1)	137	0.672	
	あり	31 (44.9)	91 (47.9)	122		
歯周ポケット 6 mm 以上 [#]	なし	69 (100.0)	174 (91.6)	243	0.008	**
	あり	0 (0.0)	16 (8.4)	16		

数値は人数(割合:%)を示す。

[†]: 欠損値の認められる項目

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$ (χ^2 検定またはフィッシャーの直接確率検定)

[#]: 図 2c 結果の再掲載

にも歯科健診を通して自身の口腔状況を知る, または歯科の知識を学ぶ機会を設けることで口腔の健康意識を高めることができると考える。

出生順位が第2子以降の子どもで乳歯う蝕有病率が高くなる要因は, 兄弟のおやつの習慣といった食生活に影響を受け, 早期から甘味物に触れるためと考えられる。また, 出生順位が上がるにつれ仕上げ磨きの実施率は低くなるとの報告もある¹⁷⁾。しかし, 本研究では出生順位によって1歳6か月児歯科健康診査時点での仕上げ磨きの実施率に有意差は認められず, 仕上げ磨きの実施の有無と乳歯う蝕の有病率に関連はなかった。今後, 仕上げ

磨きの質(実施頻度や時間)の調査に加え, 実施する背景としての知識について調査する必要がある。本研究の結果から, 乳幼児の家庭での適切な食習慣や口腔衛生習慣の確立に向けた支援・指導が必要であると考えられる。

表1に示すように, 妊娠中に定期歯科健診の受診が定着している者はそうでない者と比較して良好な口腔衛生習慣および口腔状態を有した。また, 定期歯科健診受診の定着と妊娠期の6 mm以上の歯周ポケットとの関連が認められた。しかし, 妊婦の定期歯科健診の受診率は26.6%であり, 現状として多くの妊婦で定期歯科健診の受診が定着していないことが明らかとなった。また, 以

表2 3歳児のう蝕罹患に関する要因

項目		計	3 歳児のう蝕		p 値		3 歳児の多数歯のう蝕		p 値	
			なし	あり			3 本以下	4 本以上		
全体		259	232 (89.6)	27 (10.4)			247 (95.4)	12 (4.6)		
妊婦歯科健康診査										
年齢 [†]	24 歳以下	15	9 (3.9)	6 (22.2)	0.002	**	13 (5.3)	2 (16.7)	0.149	
	25 歳以上	243	222 (96.1)	21 (77.8)			233 (94.7)	10 (83.3)		
出生順位	第 1 子	124	116 (50.0)	8 (29.6)	0.045	*	122 (49.4)	2 (16.7)	0.027	*
	第 2 子以降	135	116 (50.0)	19 (70.4)			125 (50.6)	10 (83.3)		
妊娠期の 6 mm 以上の 歯周ポケット	なし	243	221 (95.3)	22 (81.5)	0.016	*	234 (94.7)	9 (75.0)	0.030	*
	あり	16	11 (4.7)	5 (18.5)			13 (5.3)	3 (25.0)		
未処置歯	なし	184	165 (71.1)	19 (70.4)	0.935		175 (70.9)	9 (75.0)	1.000	
	あり	75	67 (28.9)	8 (29.6)			72 (29.1)	3 (25.0)		
1 歳 6 か月児健康診査										
口腔清掃状態	きれい	91	87 (37.5)	4 (14.8)	0.019	*	89 (36.0)	2 (16.7)	0.224	
	その他	168	145 (62.5)	23 (85.2)			158 (64.0)	10 (83.3)		
おやつ回数	2 回以下	233	212 (91.4)	21 (77.8)	0.038	*	224 (90.7)	9 (75.0)	0.107	
	3 回以上	26	20 (8.6)	6 (22.2)			23 (9.3)	3 (25.0)		
仕上げ磨き [†]	はい	229	206 (94.1)	23 (92.0)	0.657		219 (93.6)	10 (100.0)	1.000	
	いいえ	15	13 (5.9)	2 (8.0)			15 (6.4)	0 (0.0)		
フッ化物知識 [†]	はい	224	199 (89.6)	25 (92.6)	1.000		212 (89.5)	12 (100.0)	0.616	
	いいえ	25	23 (10.4)	2 (7.4)			25 (10.5)	0 (0.0)		
歯周病の知識	あり	213	196 (84.5)	17 (63.0)	0.013	*	206 (83.4)	7 (58.3)	0.042	*
	なし	46	36 (15.5)	10 (37.0)			41 (16.6)	5 (41.7)		
母親の定期歯科健診 [†]	はい	118	108 (46.8)	10 (38.5)	0.421		113 (45.9)	5 (45.5)	0.975	
	いいえ	139	123 (53.2)	16 (61.5)			133 (54.1)	6 (54.5)		
母親の喫煙習慣	いいえ	241	220 (94.8)	21 (77.8)	0.006	**	230 (93.1)	11 (91.7)	0.587	
	はい	18	12 (5.2)	6 (22.2)			17 (6.9)	1 (8.3)		

数値は人数（割合：％）を示す。

†：欠損値の認められる項目

*： $p<0.05$, **： $p<0.01$ （ χ^2 検定またはフィッシャーの直接確率検定）

表3 二項ロジスティック回帰分析により有意なオッズ比が認められた3歳児のう蝕の関連項目

独立変数		3歳児のう蝕				3歳児の多数歯のう蝕			
		オッズ比 (95%CI)	<i>p</i> 値			オッズ比 (95%CI)	<i>p</i> 値		
出生順位	第一子	1.00 (ref)	0.080			1.00 (ref)	0.062		
	第二子以降	2.41 (0.90-6.46)				4.80 (0.92-24.89)			
妊娠期の6 mm以上の歯周ポケット	なし	1.00 (ref)	0.009	**		1.00 (ref)	0.016	*	
	あり	5.33 (1.52-18.76)				7.20 (1.44-35.91)			
1歳6か月児の口腔清掃状態	良好（きれい）	1.00 (ref)	0.019	*		1.00 (ref)	0.159		
	その他	4.42 (1.27-15.34)				3.32 (0.63-17.58)			
1歳6か月のおやつ回数	2回以下	1.00 (ref)	0.017	*		1.00 (ref)	0.039	*	
	3回以上	4.31 (1.30-14.23)				5.69 (1.10-29.59)			
母親の歯周病の知識	あり	1.00 (ref)	0.002	**		1.00 (ref)	0.004	**	
	なし	5.07 (1.84-13.96)				9.46 (2.09-42.73)			
母親の喫煙習慣	なし	1.00 (ref)	0.015	*		1.00 (ref)	0.774		
	あり	4.71 (1.36-16.36)				0.71 (0.07-7.42)			

分析対象者数：259名

従属変数：3歳児のう蝕（う蝕なし：0. う蝕あり：1）. 3歳児の多数歯のう蝕（3本以下：0. 4本以上：1）

*： $p<0.05$, **： $p<0.01$

前の報告において過去1年間に歯科検診を受診した20歳代および30歳代の女性はそれぞれ48.3%と51.8%であった¹⁸⁾ことから、同年代の女性と比較しても受診率は低い割合であることが明らかとなった。妊娠期の口腔健康管理の重要性を周知することで、定期的な歯科健診の受診率の改善も含め、口腔健康管理を定着させることが課題と考えられる。

ところで、妊婦の口腔状態においては未処置歯を有した母親の子どもで乳歯う蝕の有病率が高くなる¹³⁻¹⁵⁾との報告がある。本研究の対象者のうち約3割の妊婦が未処置歯を有したが、未処置歯保有の有無と3歳児う蝕の有無および多数歯う蝕の有無との関連は認められなかった。一方、妊娠期に6 mm以上の歯周ポケットを有していた母親の子どもは、出産後に3歳児う蝕および多数歯う蝕に罹患するリスクが高いことがわかった。その背景には該当妊婦では定期歯科健診受診率が低いことから妊婦の口腔の健康に対する意識の低さが反映されていると考える。この結果は、母親の口腔の健康が子どもの健康に長期的な影響を与えることを示しており、妊婦に対して早期から歯科介入を行うことで口腔健康意識を高めることが重要であると考えられる。

さらに、二項ロジスティック回帰分析から母親が歯周病と全身疾患との関連などの正しい知識をもつことが、3歳児う蝕および多数歯う蝕に罹患するリスクを減少させる可能性があることが示された。これにより、歯科保健教育を通して口腔の健康と全身の健康との関わりなど歯科知識を普及することの重要性について再確認できたといえる。

妊娠期に6 mm以上の歯周ポケットを有することは、交絡因子を考慮しても乳歯う蝕のリスク因子となることが示唆された。これまで乳歯う蝕の罹患と関連する妊娠期の要因として妊婦歯科健診受診行動を報告した¹²⁾が、本研究により妊娠期の歯周病罹患もリスク要因となる可能性が示された。これにより、妊娠期の歯科保健行動に加えて妊娠中に良好な口腔状態を保つことの重要性が示唆された。60～75%の妊婦では妊娠性歯肉炎が認められ、多くの場合では妊娠第二期(13～28週)から三期(29～40週)にかけて最も増加し、出産後には妊娠前の状態に戻ることが報告されている¹⁹⁾。多くの妊婦で妊婦歯科健診時は妊娠前と比較して歯周ポケットが深くなっている可能性があるが、これを加味しても妊娠中に6 mm以上の歯周ポケットを有している妊婦では、妊娠前においても歯周状態は不良であると考えられる。そのため、妊娠期に6 mm以上の歯周ポケットを有さないようにするためには妊娠前からの歯科介入が必須であ

り、口腔健康管理がすでに定着していることが望ましい。

現状では、母親の妊娠期における6 mm以上の歯周ポケットの存在が児の乳歯う蝕発症に影響を及ぼすメカニズムは明らかとなっていない。Sakamotoら²⁰⁾は家族の喫煙と3歳児う蝕との関連を報告している。本研究において結果としては示していないが、妊娠期に6 mm以上の歯周ポケットを有する者は3歳児健診時点において家族に喫煙習慣を有する者が68.8%と非該当妊婦の40.3%と比較して有意に高かった($p<0.05$)。このような家庭での受動喫煙の影響が、妊婦の歯周病罹患や児の乳歯う蝕の有病率に影響を及ぼした可能性が考えられるが、更なる検証が必要である。

妊娠期の歯周状態と早期乳歯う蝕との関連はなかったとする報告¹⁴⁾に対して、本研究では3歳児う蝕罹患に対するリスク要因として、妊娠期の6 mm以上の歯周ポケットが示されたことは新たな知見として探求する意義があると考えられる。また、乳児の多数歯のう蝕罹患に関連する要因の分析を行ったところ、「おやつの回数」に加えて「6 mm以上の歯周ポケット」および「母親の歯周病の知識」との関連が認められた。先行研究²¹⁾において報告されている幼児の間食習慣に加えて、母親の妊娠期の歯周病罹患や歯周病の知識が出産後の乳歯う蝕の罹患に関連する可能性が示され、妊娠期の歯周状態の改善や歯周病に関する知識の普及の重要性が強調される結果となった。

本研究の限界として、分析対象者が無料妊婦歯科健診の受診者という選択バイアスにより、本研究の対象者は比較的口腔に対する健康意識が高い妊婦のみが対象となった可能性が考えられる。妊婦健診を受診していない妊婦は、口腔の健康への意識の違いから口腔状態や歯科保健行動が不良であり、本研究結果ではこれらの層の状況を十分に反映していない可能性がある。そのため、本研究の結果をすべての妊婦に一般化するには限界がある。また、妊娠前後のいつから定期歯科健診受診を行っているのかや、妊娠による定期歯科受診に関する行動変化の有無、児のフッ化物応用経験の有無を明らかにするため、質問紙の表現の検討も必要である。さらに、近年、母親の学歴や世帯収入^{22,23)}、祖父母との同居²⁴⁾などの社会経済的要因と乳歯う蝕との関連性も報告されているが、本研究では社会経済的地位、家族形態や育児環境²¹⁾に関する調査は実施できていない。歯科健診時に半埋伏智歯の存在による仮性ポケットにて6 mm以上の歯周ポケットと記録している可能性も残る。

今後の研究では、妊婦の口腔衛生習慣および口腔状態に加え、学歴や所得、家族形態などの社会経済的要因を

含めたより多角的・多面的なアプローチが必要であると考える。また、ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチ両面からの具体的な介入方法や指導内容、支援政策の立案などの対応が求められる。

結 論

妊娠期に6 mm以上の歯周ポケットを有する者の児は、3歳時におけるう蝕罹患のハイリスク者になる可能性が示された。

謝 辞

本研究にご協力いただいた地域の皆様および関係の方々に厚く御礼申し上げます。

本研究はJSPS科研費JP23K09495の助成を受けたものです。

文 献

- 1) 坂本治美, 福井 誠, 日野出大輔: 妊婦歯科健診: 特集 産婦人科医も知っておきたい歯科の知識. 産科と婦人科 88: 435-441, 2021.
- 2) 久保枝莉, 福井 誠, 坂本治美ほか: 妊婦の歯周状態に関連する因子の分析. 口腔衛生会誌 73: 21-30, 2023.
- 3) Xiong X, Buekens P, Fraser WD et al.: Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: A systematic review. BJOG 113: 135-143, 2006.
- 4) Offenbacher S, Katz V, Fertik G et al.: Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. J Periodontol 67: 1103-1113, 1996.
- 5) Romero BC, Chiquito CS, Elejalde LE et al.: Relationship between periodontal disease in pregnant women and the nutritional condition of their newborns. J Periodontol 73: 1177-1183, 2002.
- 6) Hasegawa K, Furuichi Y, Shimotsu A et al.: Associations between systemic status, periodontal status, serum cytokine levels, and delivery outcomes in pregnant women with a diagnosis of threatened premature labor. J Periodontol 74: 1764-1770, 2003.
- 7) 横山正明, 米津隆仁, 横山正秋ほか: 徳島県における妊婦歯科健診受診者の口腔保健の現状および低体重児出産との関連性. 口腔衛生会誌 59: 190-197, 2009.
- 8) Chambrone L, Guglielmetti MR, Pannuti CM et al.: Evidence grade associating periodontitis to preterm birth and/or low birth weight: I. A systematic review of prospective cohort studies. J Clin Periodontol 38: 795-808, 2011.
- 9) Zhang Y, Feng W, Li J et al.: Periodontal disease and adverse neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. Front Pediatr 10: 799740, 2022.
- 10) Bi W, Emami E, Luo Z et al.: Effect of periodontal treatment

in pregnancy on perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. J Matern Fetal Neonatal Med 34: 3259-3268, 2021.

- 11) Nikolaos PP, Ilias PP, Mauri D et al.: Effect of periodontal disease treatment during pregnancy on preterm birth incidence: A meta analysis of randomized. Am J Obstet Gynecol 200: 225-232, 2009.
- 12) 坂本治美, 長濱太造, 吉岡昌美ほか: 3歳児のう蝕発症に関連する危険因子の検討. 四国公衛誌 70(1): e3, 2025.
- 13) Foxman B, Davis E, Neiswanger K et al.: Maternal factors and risk of early childhood caries: A prospective cohort study. Community Dent Oral Epidemiol 51: 953-965, 2023.
- 14) Mafla AC, Moran LS, Bernabe E: Maternal oral health and early childhood caries amongst low-income families. Community Dent Health 37: 223-228, 2020.
- 15) Alade M, Folayan M, Tantawi M et al.: Early childhood caries: Are maternal psychosocial factors, decision-making ability, and caries status risk indicators for children in a sub-urban Nigerian population?. BMC Oral Health 21: 1-8, 2021.
- 16) 日本口腔衛生学会編: 平成23年歯科疾患実態調査報告, 口腔保健協会, 東京, 2013, 4-12頁.
- 17) 上間美穂, 川井八重, 畑下博世ほか: 地域における乳幼児歯科保健—第1報 乳歯う蝕罹患を規定する属性と歯科保健行動—. 滋賀医大看護学ジャーナル 5 (1): 32-37, 2007.
- 18) 東京歯科大学社会歯科学講座監修: 歯科保健関係統計資料 2019年版. 口腔保健協会, 東京, 第1版, 2019, 41頁.
- 19) Raju K, Berens L: Periodontology and pregnancy: An overview of biomedical and epidemiological evidence. Periodontol 2000 87: 132-142, 2021.
- 20) Sakamoto H, Fukui M, Doi T et al.: Factors influencing dental caries in 3-year-old children: Effectiveness through prenatal oral health examination on the behavioral change. J Dent Hlth 73: 31-41, 2023.
- 21) Hirayama Y, Fukuda H, Furugen R et al.: Relationship between dental caries occurrence and environment in 3-year-old children. J Dent Hlth 70: 80-85, 2020.
- 22) Hernandez M, Chau K, Charissou A et al.: Early predictors of childhood caries among 4-year-old children: A population-based study in North-Eastern France. Eur Arch Paediatr Dent 22: 833-842, 2021.
- 23) Pinto GDS, Azevedo MS, Goettens ML et al.: Are maternal factors predictors for early childhood caries? Results from a cohort in southern Brazil. Braz Dent J 28: 391-397, 2017.
- 24) 山本末陶, 筒井昭仁, 中村譲治ほか: 3~5歳のう蝕有病状況とう蝕関連要因に関する横断研究. 口腔衛生会誌 63: 15-20, 2013.

著者への連絡先: 福井 誠 〒770-8504 徳島市蔵本町3-18-15 徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔保健衛生学分野
TEL: 088-633-7898 E-mail: fmakoto@tokushima-u.ac.jp

Relationship Between Periodontal Condition during Pregnancy and Early Childhood Caries at 3 Years Old

Manami TAKEICHI¹⁾, Makoto FUKUI¹⁾, Harumi SAKAMOTO²⁾,
Yuka SOGAWA²⁾, Masami YOSHIOKA²⁾ and Daisuke HINODE¹⁾

¹⁾Department of Hygiene and Oral Health Science, Tokushima University
Graduate School of Biomedical Sciences

²⁾Tokushima Bunri University Faculty of Health and Welfare

Abstract: The purpose of this study was to examine the relationship between periodontal condition during pregnancy and early childhood caries at 3 years old.

The participants enrolled in this study were 259 children who received oral health examinations at both the 18-month and 3-year-old health check-ups, and their mothers who received a free dental health check-up for pregnant women in N city, Tokushima Prefecture between fiscal years 2013 and 2015. Data from dental health check-ups during pregnancy, at the 18-month and 3-year health examinations for their children, and questionnaire results were used to analyze factors associated with the presence of dental caries at 3 years old. Additionally, A binary logistic regression analysis was conducted with the presence of “3-year-old dental caries” as the dependent variable.

At the 3-year-old health examination, 27 children (10.4%) had dental caries, and 12 of them had multiple caries (4 or more teeth). Associations were found between the presence of “6 mm or more periodontal pockets” during pregnancy and the presence of dental caries (odds ratio=5.33, $p<0.01$, 95% confidence interval: 1.52–18.76) and multiple caries (odds ratio=7.20, $p<0.05$, 95% confidence interval: 1.44–35.91) in the 3-year-old children.

These findings suggest that children born to women with periodontal pockets of 6 mm or more during pregnancy may be at high risk for early childhood dental caries at 3 years old.

J Dent Hlth 76: 29-37, 2026

Key words: Pregnant woman, Periodontal condition, Oral health, Early childhood caries

Reprint requests to M. FUKUI, Department of Hygiene and Oral Health Science, Tokushima University Graduate School of Biomedical Sciences, 18-15, Kuramoto-cho 3-chome, Tokushima, 770-8504, Japan
TEL: 088-633-7898/E-mail: fmakoto@tokushima-u.ac.jp

原 著

歯肉の自己観察判定を含む歯周疾患セルフチェックの有用性

小田島あゆ子¹⁾ 葭原 明弘¹⁾ 皆川久美子²⁾ 林 悠子³⁾

概要：本研究の目的は大規模集団を対象とした歯肉の自己観察判定を含む歯周疾患セルフチェックの有用性を明らかにすることである。職場の歯科健診受診者 3,702 名を対象に、歯周疾患セルフチェック（歯肉出血、歯肉腫脹、喫煙習慣、歯間清掃用具の使用、歯磨き指導の経験、歯科定期健診）に関する質問紙調査および下顎前歯部唇側の歯肉の自己観察判定を行った。その後、歯科医師による CPI 測定を行った。20 歳以上 65 歳以下の 3,099 名を分析対象とし、歯肉の自己観察判定によって歯周炎ありまたはなしの 2 群に分け、CPI による歯周炎診断における歯周疾患セルフチェック項目の感度、特異度、陽性的中率および陰性的中率を算出した。その結果、歯肉の自己観察判定において歯周炎ありと判定した者は歯周炎なしと判定した者と比較して、歯肉出血および歯肉腫脹の口腔内症状に関する質問の感度が 24.2～28.8%、陽性的中率が 14.7～16.3% 高かった。歯肉の自己観察判定と CPI の一致率は歯周炎では 2.8% であった。したがって、歯肉の自己観察判定は歯周疾患セルフチェックの精度を向上させる可能性が示された。今後は歯肉の自己観察を含む歯周疾患セルフチェックの内容および活用方法を検討する必要性が示された。

索引用語：歯肉の自己観察判定、歯周疾患、セルフチェック、Community Periodontal Index、歯科健診

口腔衛生会誌 76：38-44, 2026

(受付：令和 7 年 5 月 15 日／受理：令和 7 年 9 月 22 日)

緒 言

歯周疾患は日本人の多くが罹患し、歯周炎有病者は全体の 47.9% を占めている^{*1}。歯周疾患は糖尿病や心疾患などとの関連が報告されており^{*2}、これら生活習慣病の予防の観点から成人における歯周疾患の早期発見は重要である。

成人を対象とした歯科健康診断における歯周疾患のスクリーニングでは Community Periodontal Index（以下、CPI）が用いられることが多いが、時間とコストの面において課題を抱えている¹⁾。このような背景から歯周疾患のスクリーニングに自記式質問票の活用が求められ、その有用性は国内外で報告されている^{2,3)}。さらに、アメリカの Center for Disease Control and Prevention と American Association of Periodontology（以下、CDC/AAP）から歯周疾患の自記式質問票が提案され⁴⁾、日本においても作成された⁵⁾。

一方で、歯周疾患有病者の検出の更なる精度向上のために、歯肉の自己観察判定を加えた自記式質問票の有用性が報告されている⁶⁻⁸⁾。しかし、調査数や対象者数が少ないため、さまざまな集団を対象とした更なる調査および検証が必要である。本研究の目的は大規模集団を対象とした歯肉の自己観察判定を含む歯周疾患セルフチェックの有用性を明らかにすることである。

対象および方法

1. 対象

2018 年に行われた新潟県農業団体健康保険組合員を対象とした歯科健診を受診した 3,702 名を対象者とした。

2. 方法

1) 調査方法

歯科健診会場において対象者に本研究に関する説明を行い、同意を得たうえで、質問紙調査を実施した。質問紙は日本歯科医師会が作成した生活歯援プログラム質問

¹⁾ 新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔生命福祉学講座口腔保健学分野²⁾ 新潟大学医歯学総合病院予防歯科³⁾ 新潟県福祉保健部健康づくり支援課^{*1} 厚生労働省：令和 4 年歯科疾患実態調査結果の概要，<https://www.mhlw.go.jp/content/10804000/001112405.pdf>（2025 年 5 月 1 日アクセス）。^{*2} 日本歯科医師会：健康長寿社会に寄与する歯科医療・口腔保健のエビデンス 2015，<https://www.jda.or.jp/pdf/ebm2015Ja.pdf>（2025 年 5 月 1 日アクセス）。



図1 写真見本による歯肉の自己観察判定（文献8改変）

紙^{*3}を活用し、山本らの先行研究⁸⁾を参考に歯肉の状態に関する写真見本と自己観察による歯肉の状態を判定する項目を加えた。歯肉の自己観察は対象者が手鏡で自身の下顎前歯部唇側面を観察し、12枚の口腔内写真（図1）の中から自身の歯周組織の状態と最も近いと判断した番号を選択した⁸⁾。その後、事前にキャリブレーションを行った歯科医師によって、歯周病検診マニュアル2015^{*4}に基づいたCPI測定を行った。

2) 分析方法

対象者3,702名のうち、19歳以下（34名）および66歳以上（7名）を除外し、20歳以上65歳以下の対象者（3,661名）に限定して用いるデータに欠損値のない3,099名を分析対象者とした。

日本人における歯周疾患のセルフレポートに関する文献レビュー³⁾を参考に、生活歯援プログラム質問紙から歯周疾患に関連する質問項目を選出した。口腔内症状として「歯肉出血」および「歯肉腫脹」、保健行動として「喫煙」「歯間清掃用具の使用」「歯磨き指導の経験」および「歯科定期健診」とした。これに「歯肉の自

己観察判定」を加え、歯周疾患セルフチェック項目とした。歯肉の自己観察判定では先行研究⁸⁾に準じて、図1の①～④を健全、⑤～⑧を歯肉炎、⑨～⑫を歯周炎とした。はじめに歯肉の自己観察判定によって歯周炎ありまたはなしの2群に分け、CPIによる歯周炎診断における歯周疾患セルフチェック項目の感度、特異度、陽性的中率および陰性的中率を算出した。次に、歯肉の自己観察判定とCPI個人コードの一致率について分析した。すべての統計解析はSTATA version 16.0 for Windows (StataCorp LP)を使用した。

なお、本研究は新潟大学の倫理審査の承認を得て実施された（承認番号2017-0340）。

結 果

1. 自記式質問票の回答結果

対象者の基本属性および歯周疾患セルフチェック項目の回答結果を表1に示す。性別は男性が1,472名（47.5%）、女性が1,627名（52.5%）で、年齢は20歳以上59歳以下が3,005名（97.0%）を占めていた。

^{*3} 日本歯科医師会：生活歯援プログラム、https://www.jda.or.jp/dentist/program/pdf/ph_01.pdf（2025年5月1日アクセス）。

^{*4} 厚生労働省：歯周病検診マニュアル2015、<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/manual2015.pdf>（2025年5月1日アクセス）。

表 1 基本属性および歯周疾患セルフチェック項目の回答結果

		人数	%
性別	男性	1,472	47.5
	女性	1,627	52.5
年齢	20 歳以上 29 歳以下	847	27.3
	30 歳以上 39 歳以下	910	29.4
	40 歳以上 49 歳以下	705	22.7
	50 歳以上 59 歳以下	543	17.5
	60 歳以上 65 歳以下	94	3.0
職種	事務的職業	1,543	49.8
	専門的・技術的職業	699	22.6
	販売の職業	409	13.2
	管理的職業	216	7.0
	サービスの職業	128	4.1
	その他の職業	104	3.4
歯をみがくと 血が出ますか	いつも	49	1.6
	時々	1,118	36.1
	いいえ	1,932	62.3
歯ぐきがはれて ブヨブヨしますか	いつも	24	0.8
	時々	470	15.2
	いいえ	2,605	84.1
たばこを吸っていますか	はい	468	15.1
	いいえ	2,631	84.9
歯間ブラシまたはフロスを つかっていますか	毎日	455	14.7
	時々	1,454	46.9
	いいえ	1,190	38.4
歯科医院等で歯磨き指導を 受けたことはありますか	はい	2,561	82.6
	いいえ	538	17.4
年に 1 回以上は歯科医院で 定期健診を受けていますか	はい	1,228	39.6
	いいえ	1,871	60.4
歯肉の自己観察判定	健 全 : ①	947	30.6
	: ②	605	19.5
	: ③	394	12.7
	: ④	104	3.4
	小計	2,050	66.2
	歯肉炎 : ⑤	231	7.5
	: ⑥	268	8.6
	: ⑦	66	2.1
	: ⑧	427	13.8
	小計	992	32.0
	歯周炎 : ⑨	42	1.4
	: ⑩	11	0.4
	: ⑪	3	0.1
	: ⑫	1	0.0
	小計	57	1.8

表 2 CPI 測定結果

個人コード	人数	%
1 健全	1,933	62.4
2 歯肉炎	182	5.9
3 軽度歯周炎 (歯周ポケット 4 mm 以上 5 mm 以下)	816	26.3
4 重度歯周炎 (歯周ポケット 6 mm 以上)	168	5.4

歯周疾患セルフチェック項目の回答結果について、歯肉出血がない者は 62.3%、歯肉腫脹がない者は 84.1%、喫煙経験がない者は 84.1%、歯間清掃用具を使用していない者は 38.4%、歯磨き指導の経験がある者は 82.6%、歯科定期健診を受けている者は 39.6% を占めていた。また、歯肉の自己観察判定において歯周炎と判定した者は 1.8% であった。

2. CPI 測定結果

CPI 個人コードはコード 1「健全」が 1,933 名 (62.4%)、コード 2「歯肉炎」が 182 名 (5.9%)、コード 3「軽度歯周炎」が 816 名 (26.3%)、コード 4「重度歯周炎」が 168 名 (5.4%) であった (表 2)。CPI によって歯周炎と判定された者は 31.7% であった。

3. 歯周疾患セルフチェック項目における診断確率

歯周疾患セルフチェック項目の感度、特異度、陽性的中率および陰性的中率を表 3 に示す。歯肉の自己観察判定で「歯周炎あり」と判定した者における口腔内症状に関する感度は「歯肉出血 (70.4%)」および「歯肉腫脹 (44.4%)」であり、陽性的中率は「歯肉出血 (50.0%)」および「歯肉腫脹 (57.1%)」であった。一方で、歯肉の自己観察判定で「歯周炎なし」と判定した者における口腔内症状に関する感度は「歯肉出血 (41.6%)」および「歯肉腫脹 (20.2%)」であり、陽性的中率は「歯肉出血 (35.3%)」および「歯肉腫脹 (40.8%)」であった。

4. 歯肉の自己観察判定と CPI 個人コードの一致率

歯肉の自己観察判定と CPI 個人コードの結果が一致した項目を表 4 の下線で示す。CPI で健全と判定された 1,933 名のうち、歯肉の自己観察判定で健全と回答した者は 1,370 名 (70.9%) であった。CPI で歯肉炎と判定された 182 名のうち、歯肉の自己観察判定で歯肉炎と回答した者は 73 名 (40.1%) であった。CPI で歯周炎と判定された 984 名のうち、歯肉の自己観察判定で歯肉炎と回答した者は 27 名 (2.8%) であった。

考 察

すべての就労世代 (20 歳以上 65 歳以下) を含む大規

表3 CPIによる歯周炎診断における歯周疾患セルフチェック項目の感度、特異度、陽性的中率および陰性的中率

1) 歯肉の自己観察判定で「歯周炎あり」と判定した者

		CPI		感度	特異度	陽性的中率	陰性的中率
		歯周炎あり n=27	歯周炎なし n=30				
歯肉出血	あり	19	19	70.4%	36.7%	50.0%	57.9%
	なし	8	11				
歯肉腫脹	あり	12	9	44.4%	70.0%	57.1%	58.3%
	なし	15	21				
喫煙	あり	13	14	48.2%	53.3%	48.2%	53.3%
	なし	14	16				
歯間清掃用具	なし	11	16	40.7%	46.7%	40.7%	46.7%
	あり	16	14				
歯磨き指導	なし	4	7	14.8%	76.7%	36.4%	50.0%
	あり	23	23				
定期健診	なし	14	16	51.9%	46.7%	46.7%	51.9%
	あり	13	14				

2) 歯肉の自己観察判定で「歯周炎なし」と判定した者

		CPI		感度	特異度	陽性的中率	陰性的中率
		歯周炎あり n=957	歯周炎なし n=2,085				
歯肉出血	あり	398	731	41.6%	64.9%	35.3%	70.8%
	なし	559	1,354				
歯肉腫脹	あり	193	280	20.2%	86.6%	40.8%	70.3%
	なし	764	1,805				
喫煙	あり	176	265	18.4%	87.3%	39.9%	70.0%
	なし	781	1,820				
歯間清掃用具	なし	358	805	37.4%	61.4%	30.8%	68.1%
	あり	599	1,280				
歯磨き指導	なし	165	362	17.2%	82.6%	31.3%	68.5%
	あり	792	1,723				
定期健診	なし	594	1,247	62.1%	40.2%	32.3%	69.8%
	あり	363	838				

表4 歯肉の自己観察判定とCPI個人コードの一致率

		CPI 個人コード			
		健全	歯肉炎	歯周炎	
歯肉の 自己観察判定	健全	人数	1,370	108	572
		(%)	(70.9)	(59.4)	(58.1)
	歯肉炎	人数	534	73	385
		(%)	(27.6)	(40.1)	(39.1)
	歯周炎	人数	29	1	27
		(%)	(1.5)	(0.5)	(2.8)
	合計	人数	1,933	182	984
		(%)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

模集団 3,099 名を対象に、歯周疾患セルフチェックに関する調査を行ったのは本研究が初めてである。調査の結果、歯肉の自己観察判定において歯周炎ありと判定した者は健全な歯肉と判定した者と比較して、歯肉出血および歯肉腫脹の口腔内症状に関する質問の感度が 24.2～28.8%、陽性的中率が 14.7～16.3% 高いことが明らかになった。感度は病気であることを検査で正しく言い当てる確率であり、陽性的中率は検査が陽性で実際病気である確率を示す。歯肉の自己観察判定によって対象者が歯周炎と判断した者は、健全な歯肉と判断した者より口腔内症状に関するセルフチェックの感度および陽性的

中率が高くなり、歯肉の自己観察判定は歯周疾患セルフチェックの精度を向上させる可能性が考えられた。先行研究^{2,6,9-14)}では歯肉出血や歯肉腫脹に関する質問は歯周疾患有病者の検出に有効であることが報告されている。一方で、喫煙者は歯肉出血の症状が少ないため、歯肉出血に関する質問は感度が低く、特異度が高いことが報告されている¹⁵⁾。したがって、歯周疾患セルフチェックに口腔内症状に関する質問を用いる場合は喫煙および歯肉の自己観察判定に関する質問を併用することで歯周炎有病者の検出精度が向上する可能性が示された。

一方で、歯肉の自己観察判定とCPI個人コードの一致率について、本調査では歯周炎では2.8%と、健全または歯肉炎と比較して著しく低かった。本研究においてCPI測定によって歯周炎と判定された者は31.7%であり、令和4年歯科疾患実態調査^{*1} (47.9%)より歯周炎有病者の割合が低かった。さらに歯周ポケット6mm以上を有する重度歯周炎有病者については、本研究の対象者(5.4%)は令和4年歯科疾患実態調査^{*1} (13.5%)の半分以下であった。対象者の年齢について、本研究では20歳以上65歳以下、令和4年歯科疾患実態調査では15歳以上かつ年齢の上限設定がないことを考慮しても、本研究の対象者は歯周炎有病者の割合が低く、歯肉の自己観察判定とCPI個人コードの一致率の低さの要因になっている可能性が考えられた。また、先行研究⁸⁾において、下顎前歯部唇側の自己観察判定結果は下顎前歯部のCPIコードとの一致率は高いが、口腔内全体の歯周組織の状態と一致するとは限らないと述べている。下顎前歯部は対象者自身が鏡をもって観察しやすく、いずれの年齢層においても喪失率が低い¹⁶⁾ことから、自己観察の部位として適している。しかし、歯周病は前歯部より臼歯部、下顎より上顎のほうが進行しやすい¹⁷⁾ことを考慮すると、歯周病有病者の検出を目的とした歯肉の自己観察判定では部位を検討する必要がある。これらの課題に加えて、本研究では生活歯援プログラム質問紙を活用したため、歯周炎の指標となる動揺歯や歯槽骨の吸収に関する質問が含まれていなかった。したがって、歯周病有病者の検出を目的とした歯周疾患セルフチェックにおいて、質問項目の内容や自己観察判定の部位を検討する必要性が示された。

本研究の限界として、幅広い年齢層を含む大規模集団を対象としたが、重度歯周炎有病者が著しく少なく、幅広い分析を行うことができなかった。今後もさまざまな集団を対象に調査を行い、歯肉の自己観察を含む歯周疾患セルフチェックの有用性を検討することが望まれる。

結論として、歯肉の自己観察判定は歯肉出血および歯

肉腫脹に関する質問の感度と陽性的中率を向上させることが明らかになった。今後は歯肉の自己観察を含む歯周疾患セルフチェックの内容および活用方法を検討し、更なる調査を継続する必要があると示された。

謝 辞

本研究は2018年度新潟県受託研究「歯周病有病状況の把握方法に関する研究事業」の助成を受けたものです。本研究について、開示すべき利益相反はありません。

文 献

- 1) 森田 学, 天野敦雄, 伊藤博夫ほか: 歯周疾患の疫学指標の問題点と課題. 口腔衛生会誌 64: 299-304, 2014.
- 2) Blicher B, Joshupura K, Eke P: Validation of self-reported periodontal disease: A systematic review. J Dent Res 84: 881-890, 2005.
- 3) 葭原明弘, 安細敏弘, 伊藤博夫ほか: 日本人における歯周病のセルフレポートに関する文献レビュー. 口腔衛生会誌 67: 196-200, 2017.
- 4) Eke PI, Dye BA, Wei L et al.: Self-reported measures for surveillance of periodontitis. J Dent Res 92: 1041-1047, 2013.
- 5) Iwasaki M, Usui M, Ariyoshi W et al.: Validation of a self-report questionnaire for periodontitis in a Japanese population. Sci Rep 11: 15078, 2021.
- 6) 片山 剛, 加藤潤子, 芳賀芳人ほか: 自己記入式質問紙(歯周病セルフチェック)による歯周病患者のスクリーニング. 口腔衛生会誌 41: 667-675, 1991.
- 7) 片山 剛, 島 和雄, 飯野寿生ほか: 簡易質問紙による歯周病セルフチェック—歯肉自己観察得点と下顎前歯部CPITNの関連—. 口腔衛生会誌 45: 296-303, 1995.
- 8) 山本龍生, 山口 徹, 種市浩志ほか: 神奈川県・神奈川県歯科医師会作成の「歯周疾患セルフチェック」パンフレットのCommunity Periodontal Index 部分診査代用法としての可能性. 口腔衛生会誌 60: 584-590, 2010.
- 9) Yamamoto T, Koyama R, Tamaki N et al.: Validity of a questionnaire for periodontitis screening of Japanese employees. J Occup Health 51: 137-143, 2009.
- 10) 藤友 崇, 森本佳伸, 大井 潤ほか: 中高年の大学病院歯科受診患者における歯周病リスク評価のための新規セルフチェックアンケートの開発及びその評価. 日歯周病会誌 60: 70-86, 2018.
- 11) 河村 誠: 歯科における行動科学的研究—成人の口腔衛生意識構造と口腔内状態との関連性について—. 広歯誌 20: 273286, 1988.
- 12) 中島啓次, 前田 聡, 下山雅通ほか: アンケート調査と歯周ポケット診査による川越市下の中学生および高校生の歯周疾患の実態および歯周疾患への意識調査. 日歯周病会誌 30: 935-946, 1988.
- 13) 中島啓次, 栗原千里, 川永利隆ほか: 歯周疾患の実態調査と予防対策に関する疫学的研究—若年者における歯周疾患とその意識との関連性について—. 日歯周病会誌 31: 1220-1241,

1988.

- 14) 中村譲治, 筒井昭仁, 堀口逸子ほか: 歯周疾患の総合的診断プログラム (FSPD34 型) の信頼性と妥当性の検討 (1) —歯周疾患自己評価尺度と口腔内診査結果の関連妥当性について—. 口腔衛生会誌 49: 310-317, 1999.
- 15) Abbood HM, Hinz J, Cherukara G et al.: Validity of self-reported periodontal disease: A systematic review and meta-analysis. J Periodontol 87: 1474-1483, 2016.
- 16) 野々山順也, 橋本周子, 出分菜々衣ほか: 成人集団における歯の喪失要因に関する後ろ向きコホート研究. 口腔衛生会誌

69: 77-85, 2019.

- 17) Nomura Y, Morozumi T, Nakagawa T et al.: Site-level progression of periodontal disease during a follow-up period. PLoS One 4; 12(12): e0188670, 2017.

著者への連絡先: 小田島あゆ子 〒951-8514 新潟県新潟市中央区学校町通 2-5274 新潟大学大学院医歯学総合研究科
口腔生命科学専攻口腔生命福祉学講座口腔保健学分野
TEL&FAX: 025-227-2021
E-mail: ayuko@dent.niigata-u.ac.jp

Self-check for Periodontal Disease with Additional Self-assessment of Periodontal Tissue

Ayuko ODAJIMA¹⁾, Akihiro YOSHIHARA¹⁾, Kumiko MINAGAWA²⁾ and Yuko HAYASHI³⁾

¹⁾Department of Oral Health and Welfare, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences

²⁾Preventive Dentistry Clinic, Niigata University Dental Hospital

³⁾Health Promotion Support Division, Department of Health and Social Welfare, Niigata Prefecture

Abstract: The purpose of this study was to evaluate the validity of a self-check for periodontal disease including a self-assessment of the participant's own periodontal tissue.

The subjects were 3,702 adults who participated in a workplace dental check-up. They completed a questionnaire containing the following self-check items regarding periodontal disease: bleeding on tooth brushing, gingival swelling, smoking habits, use of dental floss or interdental brush, experience of tooth brushing instruction, and history of dental health check-ups. They also self-assessed their own periodontal tissue of the labial gingiva of mandibular anterior teeth using a hand mirror and reference images showing healthy gingiva, gingivitis, and periodontitis. A dentist examined the subjects and scored their periodontal tissue using the Community Periodontal Index (CPI). The data of 3,099 subjects aged 20–65 years were included in the analysis. They were divided into those with periodontitis and non-periodontitis based on self-assessment of their own periodontal tissue; periodontitis was defined as a CPI score of ≥ 3 , and the sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value of the periodontal disease self-check were calculated.

Regarding gingival bleeding and swelling in the self-check of periodontal disease, sensitivity and positive predictive values were higher in the periodontitis group with self-assessment of the participant's own periodontal tissue than in the non-periodontitis group. The rate of agreement between self-assessed periodontitis and the corresponding CPI score was 2.8%.

These results suggest that self-assessment of the participant's own periodontal tissue may improve the accuracy of determining oral manifestations on self-assessing periodontal disease. It is necessary to consider the contents and methods of periodontal disease self-check, including self-assessment of the participant's own periodontal tissue.

J Dent Hlth 76: 38-44, 2026

Key words: Self-assessment of periodontal tissue, Periodontal disease, Self-check, Community Periodontal Index, Dental health check-up

Reprint requests to A. ODAJIMA, Graduate School of Medical and Dental Sciences, Course for Oral Life Science, Department of Oral Health and Welfare, Division of Oral Science for Health Promotion, Niigata University, 2-5274 Gakkocho-Dori, Chuo-ku, Niigata, 951-8514, Japan

TEL&FAX: 025-227-2021/E-mail: ayuko@dent.niigata-u.ac.jp

原 著

歯科衛生学生の臨床実習ストレスが
職業的アイデンティティに及ぼす影響：レジリエンスの調整効果高尾あゆみ¹⁾ 大塚 泰正²⁾

概要：本研究では、歯科衛生学生の臨床実習ストレスが職業的アイデンティティに及ぼす影響とレジリエンスの調整効果を検証するため、臨床実習経験を有する歯科衛生学生 896 名（有効回答 639 名）に web 調査を行った。臨床実習ストレス各因子はいずれも職業的アイデンティティ各因子と負の関連を示した。職業的アイデンティティを従属変数とした階層的重回帰分析および単純傾斜分析の結果、臨床実習ストレスの「記録作成と時間的制約」が職業的アイデンティティの「医療職選択への自信」に及ぼす負の影響を「獲得的レジリエンス」が緩衝することが示された。また、臨床実習ストレスの「指導者と実習環境適応への困難感」と「記録作成と時間的制約」が職業的アイデンティティの「社会貢献への志向」へ及ぼす負の影響を「獲得的レジリエンス」が緩衝することが示された。さらに、「知識・技術不足の自覚」が「社会貢献への志向」に及ぼす負の影響を「資質的レジリエンス」が緩衝することが示された。これらの結果から、レジリエンスが高い学生は臨床実習でのストレスが高い状況下でも職業的アイデンティティを維持しやすく、レジリエンス育成を組み込んだ教育支援は職業的アイデンティティ形成に寄与する可能性が示唆される。

索引用語：歯科衛生学生、臨床実習、ストレス、職業的アイデンティティ、レジリエンス

口腔衛生会誌 76：45-54, 2026

(受付：令和 7 年 7 月 23 日／受理：令和 7 年 10 月 17 日)

緒 言

歯科衛生士に対する社会的期待は年々高まり、その業務内容は高度化・複雑化している。口腔衛生の維持・向上が全身の健康維持や QOL の向上につながる事が明らかになっていることから^{1,2)}、歯科衛生士が果たす役割は重要であるといえる。一方で、歯科衛生士の人材不足は長年にわたり解決されておらず^{*1,2)}、免許取得者の就業率は 46.2% に留まる^{*3)}。離職後の再就職率も低く³⁾、就職後 3～4 年以内に離職する例が増加している⁴⁾。さらに、20 代の就業歯科衛生士数が他年代より少ないことも報告され⁵⁾、離職防止は喫緊の課題となっている⁶⁾。

職業的アイデンティティとは「専門的職業人としての行動や価値観の内在化および職業集団への一体化」を

指し⁷⁾、その確立は職業への定着や離職防止に深く関わる⁸⁾。歯科領域でもプロフェッショナリズム教育の一環として職業的アイデンティティの形成が重要だと認識されるようになって久しい⁹⁾。看護領域では、職業的アイデンティティが高い学生ほど臨床成績やケアの質が向上し、精神的健康とも正の関連がみられ¹⁰⁻¹³⁾、高瀬ら¹⁴⁾は、看護学生の職業的アイデンティティは学年進行に伴い変化し、臨床実習によって大きな影響を受けると報告している。臨床実習を通じて看護の現実を知ったことで一時的に職業的アイデンティティが低下する場合と、自身の成長や役割の自覚によって上昇する場合とがあり、臨床実習は職業的アイデンティティ形成において重要な契機となり得る。歯科衛生領域では、Champine et al.¹⁵⁾ が米国の歯科衛生学生と歯科衛生士を比較し、学生は将来像への期待が高く、臨床経験の蓄積によって誇りや患者と

¹⁾ 明海大学保健医療学部口腔保健学科²⁾ 筑波大学人間系^{*1} 全国歯科衛生士教育協議会：歯科衛生士教育に関する現況調査の結果報告, https://www.kokuhoken.or.jp/zeneiky/publicity/file/report_2022.pdf (2024 年 2 月 6 日アクセス)。^{*2} 厚生労働省：一般職業紹介状況（令和 2 年 12 月分及び令和 2 年分）について, https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000192005_00010.html (2024 年 2 月 6 日アクセス)。^{*3} 厚生労働省：令和 4 年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/22/> (2024 年 12 月 29 日アクセス)。

の関係性がさらに強化されると報告した。米国では、ダイレクトアクセスモデルにより歯科医師の監督なしで予防処置を行える州が多く、デンタルセラピスト資格によるミッドレベルプロバイダー制度も拡大している^{*4,15,16)}。こうした職域拡大は歯科衛生学生の職業的アイデンティティを高める要因となり得る。日本では、相田ら³⁾が歯科衛生士の裁量権の低さが高ストレスにつながり、離職要因の一つになる可能性を指摘している。

歯科衛生学生の臨床実習では、実際の職務よりもさらに裁量権が低いことが予想されるうえに、先述のように業務の高度化・多様化による負荷が増している現状を踏まえると、臨床実習ストレスが職業的アイデンティティ形成を阻害する可能性が考えられる。しかし、歯科衛生学生の臨床実習ストレスと職業的アイデンティティとの関連は、筆者の知る限りこれまで検討されていない。

臨床実習ストレスと職業的アイデンティティとの関連を調整する要因の一つに、レジリエンスが挙げられる。レジリエンスとは、回復力、復元力などの意味を持ち、しなやかに回復する力や過程を指す。レジリエンスの一般的な定義は、「困難で脅威的な状態にさらされることで一時的に心理的不健康の状態に陥っても、それを乗り越え、精神的病理を示さず、よく適応している」¹⁷⁾こととされる。レジリエンスは特別なものではなく、多くの人が備えているもの¹⁸⁾として、これまで多くの研究が行われてきた^{19,20)}。韓国の歯科衛生学生を対象にしたLim et al.²¹⁾は、臨床実習ストレスへの対処においてレジリエンスが重要な役割を果たす可能性を示唆し、中国の看護学生を対象にした研究では、レジリエンスがキャリア成熟に影響を与え²²⁾、職業的アイデンティティと正の関連をもつこと²³⁾が報告されている。したがって、歯科衛生学生においても、臨床実習ストレスが高くてもレジリエンスが高ければ職業的アイデンティティの形成が阻害されにくい可能性が推察される。近年の研究では、レジリエンスは固定的な特性としてだけでなく、育成可能な能力としても捉えられ²⁴⁾、医療従事者にとってはバーンアウト防止や業務遂行能力を高める保護要因として注目されている²⁴⁻²⁷⁾。レジリエンスは生まれもった気質との関連が強い「資質的レジリエンス」と、発達の身に付けやすい「獲得的レジリエンス」に区別して扱われることがあるが、このようにレジリエンスを扱うことで、教育プログラムやサポート体制

によってレジリエンスを向上させることができる可能性が示唆されている²⁸⁾。

そこで、本研究では以下の仮説を設定し、歯科衛生学生の臨床実習ストレスが職業的アイデンティティに及ぼす影響とレジリエンスの調整効果を検討する。

仮説1：歯科衛生学生の臨床実習ストレスは職業的アイデンティティを低下させる。

仮説2：レジリエンスは、歯科衛生学生の臨床実習ストレスが職業的アイデンティティに及ぼす負の影響を緩衝する。

対象および方法

1. 対象および調査実施方法

臨床実習を経験した歯科衛生学生を対象に、2024年10月～11月にQualtricsを使用したweb上での無記名自記式質問紙調査（以下、web調査）を行った。歯科衛生士養成校169校に調査協力依頼を送付し、調査協力に同意の得られた大学3校、短期大学3校、専門学校37校の計43校で教員から臨床実習を経験した歯科衛生学生にweb調査のQRコードもしくはURLの配布を行った。研究参加への同意取得後に「あなたは臨床実習を経験したことがありますか」という質問に「はい」と回答した学生からのみ回答を得た。

2. 調査票

1) 歯科衛生学生の臨床実習ストレス

歯科衛生学生用臨床実習ストレス尺度²⁹⁾を使用した。本尺度は「指導者と実習環境適応への困難感」「知識不足・技術不足の自覚」「患者コミュニケーションの不全感」「記録作成と時間的制約」の4因子からなり、「指導者と気が合わなかった」「実習記録を書くことが大変だった」などの28項目で構成される。「あなたは臨床実習中に以下の状況をどの程度経験しましたか。当てはまるものを一つ選んでください。」と教示を行い、「1.ほとんどなかった」から「4.ほとんどいつもあった」の4件法で回答を求めた。

2) 職業的アイデンティティ

藤井ら³⁰⁾が作成し、落合ら³¹⁾が修正した医療系大学生用職業的アイデンティティ尺度を使用した。本尺度は「医療職選択への自信」「自分の医療職観の確立」「医療職として必要とされることへの自負」「社会貢献への志向」の4因子からなり、「私は看護師を選択したことはよかったと思っている」「私は看護師として、患者に貢

*4 American Dental Hygienists' Association : Expanding Access to Care through Dental Therapy.
https://www.adha.org/wp-content/uploads/2023/04/ADHA_Expanding_Access_to_Care_through_Dental_Therapy_04-2023.pdf (2025年9月3日アクセス)。

献していきたいと思っている」などの20項目からなる。本研究では原著者の許可を得て「看護師」「看護」を「歯科衛生士」「歯科衛生」に置換し、「現在のあなたの職業に対する意識、自分に対する意識についてお答えください。次の各質問項目について、現在の自分に当てはまる場所を選んでください。」と教示を行い、「1.まったくあてはまらない」から「7.非常にあてはまる」の7件法で回答を求めた。

3) レジリエンス

二次元レジリエンス要因尺度²⁸⁾を使用した。本尺度は「楽観性」「統御力」「社交性」「行動力」「問題解決志向」「自己理解」「他者心理の理解」の7因子からなり、「困難な出来事が起きても、どうにか切り抜けることができると思う」「人と誤解が生じたときには積極的に話をしようとする」などの21項目からなる。「楽観性」「統御力」「社交性」「行動力」が資質的レジリエンス、「問題解決志向」「自己理解」「他者心理の理解」が獲得的レジリエンスを表す。一部因子の信頼性係数の低さから、下位尺度を用いる際には、「資質的レジリエンス」と「獲得的レジリエンス」の2つの因子として用いることが望ましいとされており、本研究でも「資質的レジリエンス」12項目、「獲得的レジリエンス」9項目の2因子として用いた。「あなた自身についてお答えください。以下の項目について最もあてはまると思うものを選んでください。」と教示を行い、「1.まったくあてはまらない」から「5.よくあてはまる」の5件法で回答を求めた。

3. 分析方法

各尺度の因子ごとの合計点を算出し、尺度得点とした。記述統計量、Cronbachの α 係数を算出した後、尺度間に関連を検討するためにPearsonの相関係数を算出した。次に、歯科衛生学生の臨床実習ストレッサーが職業的アイデンティティに及ぼす影響とレジリエンスの調整効果を確認するため、職業的アイデンティティの各因子を従属変数とする階層的重回帰分析を行った。Step 1で学校種別(ダミー)・学年・臨床実習経験期間、Step 2で臨床実習ストレッサーの各因子とレジリエンスの各因子を回帰式に投入し、Step 3で臨床実習ストレッサーの各因子とレジリエンスの各因子との交互作用項を投入した。各変数と交互作用項の相関による多重共線性の問題を回避するため、中心化処理を実施した。交互作用が有意であった場合は、下位検定として「資質的レジリエンス」もしくは「獲得的レジリエンス」の高低($\pm 1SD$)ごとに単純傾斜分析を行った。統計解析にはSPSS ver.29(日本IBM, 東京)およびHAD 18^{*5,32)}を

使用した。

4. 倫理的配慮

本研究は筑波大学人間系研究倫理委員会東京地区委員会の承認(課題番号東24-61号)を得て実施された。対象者には、web調査のスタート画面に、研究目的、無記名で研究参加は自由であること、回答は統計的に処理すること、データは本研究以外には使用しないこと等を明記し、研究参加に同意した対象者のみから回答を得た。

結 果

1. 基本属性

臨床実習を経験したことのある歯科衛生学生896名から回答を得た。そのうち回答データに欠測値のない639名を分析対象者とした(表1)。分析対象者は、平均年齢21.6歳($SD=3.73$)、平均臨床実習経験期間8.22か月($SD=3.74$)であった。

2. 記述統計量および各尺度間の相関係数

Cronbachの α 係数を算出したところ、臨床実習ストレッサーの「記録作成と時間的制約」は0.58であったが、先行研究では十分な信頼性が確認されていることから²⁹⁾、本研究でもそのまま分析に用いることとした。Pearsonの相関係数を算出した結果、臨床実習ストレッサーの4因子は、いずれも職業的アイデンティティの各因子と有意な負の相関を示した。レジリエンスの2因子は、職業的アイデンティティと有意な正の相関を示した(表2)。

3. 臨床実習ストレッサーが職業的アイデンティティに及ぼす影響とレジリエンスの調整効果

階層的重回帰分析では、Step 2で臨床実習ストレッサーのすべての因子を独立変数として投入したところ、「患者コミュニケーションの不全感」と「職業的アイデンティティ」との間に有意な正の関連が示されたが、表2の相関係数の結果とは符号が反転しており、多重共線性が生じていることが示唆された。そのため、「患者コミュニケーションの不全感」を除外して分析を行った。

職業的アイデンティティの「医療職選択への自信」を従属変数とした階層的重回帰分析の結果、Step 2($R^2=0.20, p<0.01$)では、「指導者と実習環境適応への困難感」($\beta=-0.17, p<0.01$)、「知識不足・技術不足の自覚」($\beta=-0.11, p<0.05$)が負の主効果、「学年」($\beta=0.15, p<0.01$)、「資質的レジリエンス」($\beta=0.26, p<0.01$)が正の主効果を示した。Step 2($R^2=0.20, p<0.01$)から交互作用項を含むStep 3($R^2=0.22, p<0.01$)で分散説明率の有意な増加が認められ($\Delta R^2=0.02, p<0.01$)、「記録作成

*5 清水裕士：統計ソフトHAD, <https://norimune.net/had> (2025年9月3日アクセス)。

と時間的制約」と「獲得的レジリエンス」の交互作用が有意であった ($\beta=-0.16, p<0.01$) (表3). そこで, 単純傾斜分析を行った結果, 「獲得的レジリエンス」が高い (+1SD) 群において, 「記録作成と時間的制約」が低くなるほど「医療職選択への自信」が高くなることが示された ($\beta=-0.27, p<0.01$) (図1).

職業的アイデンティティの「自分の医療職観の確立」を従属変数とした階層的重回帰分析の結果, Step 2 ($R^2=0.25, p<0.01$) では, 「知識不足・技術不足の自覚」 ($\beta=-0.11, p<0.01$), 「記録作成と時間的制約」 ($\beta=-0.08, p<0.05$) が負の主効果, 「学年」 ($\beta=0.16, p<0.01$), 「獲得的レジリエンス」 ($\beta=0.18, p<0.01$) 「資質的レジリエンス」 ($\beta=0.29, p<0.01$) が正の主効果を示した. Step 2 ($R^2=0.25, p<0.01$) から交互作用項を含む Step 3 ($R^2=0.27, p<0.01$) で分散説明率の有意な増加が認められなかった ($\Delta R^2=0.01, n.s.$).

職業的アイデンティティの「医療職として必要とされることへの自負」を従属変数とした階層的重回帰分析の結果, Step 2 ($R^2=0.25, p<0.01$) では, 「指導者と実習環境適応への困難感」 ($\beta=-0.09, p<0.05$) が負の主効果, 「学年」 ($\beta=0.10, p<0.05$), 「獲得的レジリエンス」 ($\beta=0.20, p<0.01$) 「資質的レジリエンス」 ($\beta=0.30, p<0.01$) が正の主効果を示した. Step 2 ($R^2=0.25, p<0.01$) から交互作用項を含む Step 3 ($R^2=0.26, p<0.01$) で分散説明率の有意な増加が認められなかった ($\Delta R^2=0.01, n.s.$).

職業的アイデンティティの「社会貢献への志向」を従属変数とした階層的重回帰分析では, Step 2 ($R^2=0.23, p<0.01$) では, 「実習期間」 ($\beta=-0.14, p<0.01$), 「指導者と実習環境適応への困難感」 ($\beta=-0.12, p<0.01$) が負の主効果, 「学年」 ($\beta=0.18, p<0.01$), 「獲得的レジリエンス」 ($\beta=0.29, p<0.01$), 「資質的レジリエンス」 ($\beta=0.19, p<0.01$) が正の主効果を示した. Step 2 ($R^2=0.23, p<0.01$) から交互作用項を含む Step 3 ($R^2=0.26, p<0.01$) で分散説明率の有意な増加が認められ ($\Delta R^2=0.03, p<0.01$), 「指導者と実習環境適応への困難感」と「獲得的レジリエンス」, 「記録作成と時間的制約」と「獲得的レジリエンス」, 「知識不足・技術不足の自覚」と「資質的レジリエンス」の交互作用がそれぞれ有意であった. 単純傾斜分析を行った結果, 「獲得的レジリエンス」が低い (-1SD) 群において, 「指導者と実習環境適応への困難感」が高くなるほど「社会貢献への志向」が低くなることが示された ($\beta=-0.21, p<0.01$) (図2). また, 「獲得的レジリエンス」が高い (+1SD) 群において, 「記録作成と時間的制約」が低くなるほ

表1 分析対象者の基本属性

		N	%
性別	男性	2	0.3
	女性	634	99.2
	その他	0	0.0
	回答しない	3	0.5
年齢	19 歳	16	2.5
	20 歳	258	40.4
	21 歳	266	41.6
	22 歳	23	3.6
	23 歳	7	1.1
	24 歳	6	0.9
	25 歳	9	1.4
	26 歳	6	0.9
	27 歳	7	1.1
	28 歳	9	1.4
	29 歳	7	1.1
	30 歳	3	0.5
	31 歳以上	22	3.4
学校種別	専門学校	595	93.1
	短期大学	27	4.2
	大学	15	2.3
	その他	2	0.3
学年	1 年生	1	0.2
	2 年生	65	10.2
	3 年生	562	87.9
	4 年生	11	1.7
実習経験期間	1 か月未満	25	3.9
	1 か月	40	6.3
	2 か月	5	0.8
	3 か月	3	0.5
	4 か月	14	2.2
	5 か月	21	3.3
	6 か月	115	18.0
	7 か月	32	5.0
	8 か月	59	9.2
	9 か月	63	9.9
	10 か月	50	7.8
	11 か月	25	3.9
	12 か月	165	25.8
	13 か月	14	2.2
	15 か月	1	0.2
	18 か月	7	1.1

ど「社会貢献への志向」が高くなることが示された ($\beta=-0.12, p<0.05$) (図3). さらに, 「資質的レジリエンス」が高い (+1SD) 群において, 「知識不足・技術不足の自覚」が低くなるほど「社会貢献への志向」が高くなることが示された ($\beta=-0.14, p<0.01$) (図4).

表 2 各尺度間の相関係数, 記述統計量, α 係数

	臨床実習ストレッサー				職業的アイデンティティ				レジリエンス	M	SD	α
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
臨床実習ストレッサー												
1 指導者と実習環境適応への困難感										24.06	7.45	0.91
2 知識不足技術不足の自覚	0.41**									13.64	4.07	0.84
3 患者コミュニケーションの不全感	0.34**	0.56**								7.98	2.61	0.79
4 記録作成と時間的制約	0.38**	0.31**	0.23**							8.24	2.27	0.58
職業的アイデンティティ												
5 医療職選択への自信	-0.24**	-0.29**	-0.13**	-0.16**						21.13	6.35	0.89
6 自分の医療職観の確立	-0.11**	-0.27**	-0.16**	-0.13**	0.73**					21.33	6.86	0.93
7 医療職として必要とされることへの自負	-0.16**	-0.23**	-0.14**	-0.10**	0.60**	0.64**				21.26	6.90	0.93
8 社会貢献への志向	-0.15**	-0.15**	-0.10*	-0.09*	0.64**	0.66**	0.67**			24.69	6.10	0.93
レジリエンス												
9 資質的レジリエンス	-0.13**	-0.30**	-0.24**	-0.06	0.35**	0.43**	0.45**	0.37**		40.79	8.79	0.86
10 獲得的レジリエンス	-0.04	-0.22**	-0.21**	-0.01	0.25**	0.38**	0.39**	0.41**	0.57**	32.87	5.42	0.77

** $p<0.01$, * $p<0.05$ 注) M: 平均値, SD: 標準偏差, α : Cronbach の α 係数

表 3 職業的アイデンティティを従属変数とした階層的重回帰分析の結果

	職業的アイデンティティ											
	医療職選択への自信			自分の医療職観の確立			医療職として必要とされることへの自負			社会貢献への志向		
	Step 1 β	Step 2 β	Step 3 β	Step 1 β	Step 2 β	Step 3 β	Step 1 β	Step 2 β	Step 3 β	Step 1 β	Step 2 β	Step 3 β
学校種別 (ダミー)	-0.08	-0.07	-0.06	-0.07	-0.05	-0.05	-0.07	-0.06	-0.06	-0.03	-0.04	-0.04
学年	0.13*	0.15**	0.14**	0.18**	0.16**	0.16**	0.11*	0.10*	0.10*	0.17**	0.18**	0.18**
実習期間	-0.06	-0.03	-0.02	-0.04	-0.01	-0.01	-0.10*	-0.07	-0.07	-0.15**	-0.14**	-0.13**
臨床実習ストレッサー												
指導者と実習環境適応への困難感		-0.17**	-0.18**		-0.03	-0.03		-0.09*	-0.09*		-0.12**	-0.14**
知識不足・技術不足の自覚		-0.11*	-0.11**		-0.11**	-0.11**		-0.04	-0.04		0.05	0.06
記録作成と時間的制約		-0.06	-0.06		-0.08*	-0.08*		-0.05	-0.05		-0.06	-0.06
レジリエンス												
獲得的レジリエンス		0.06	0.05		0.18**	0.17**		0.20**	0.20**		0.29**	0.29**
資質的レジリエンス		0.26**	0.27**		0.29**	0.30**		0.30**	0.31**		0.19**	0.21**
指導者と実習環境適応への困難感×獲得的レジリエンス			0.08			0.06			0.10*			0.15**
知識不足・技術不足の自覚×獲得的レジリエンス			0.07			0.08			0.02			0.07
記録作成と時間的制約×獲得的レジリエンス			-0.16**			-0.07			-0.11*			-0.10*
指導者と実習環境適応への困難感×資質的レジリエンス			-0.07			-0.05			-0.03			-0.02
知識不足・技術不足の自覚×資質的レジリエンス			-0.09			-0.10			-0.09			-0.17**
記録作成と時間的制約×資質的レジリエンス			0.05			0.04			0.11*			0.07
R^2	0.01	0.20**	0.22**	0.02**	0.25**	0.27**	0.01	0.25**	0.26**	0.02**	0.23**	0.26**
ΔR^2		0.19**	0.02**		0.23**	0.01		0.24**	0.01		0.21**	0.03**

** $p<0.01$, * $p<0.05$

注) 学校種別は, 1: 専門学校, 2: 短期大学, 3: 大学, 4: その他とした。

 β : 標準偏回帰係数

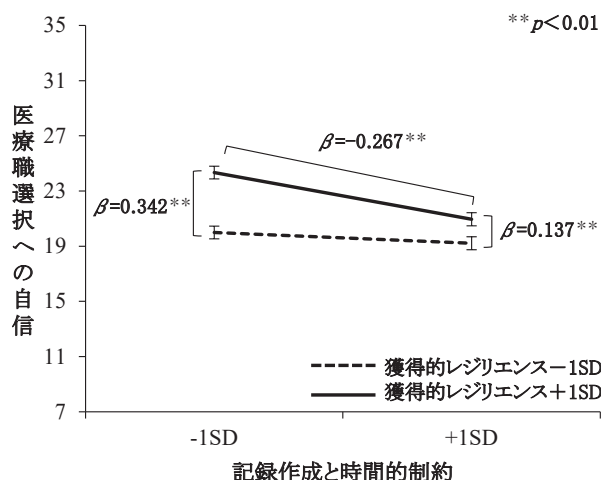


図1 「記録作成と時間的制約」と「医療職選択への自信」の関連に対する「獲得的レジリエンス」の調整効果

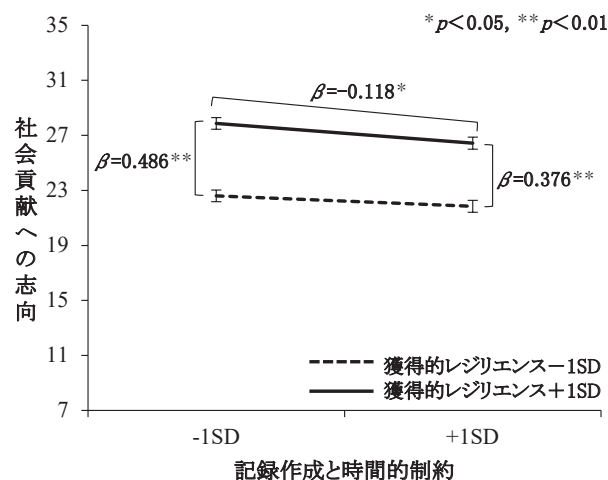


図3 「記録作成と時間的制約」と「社会貢献への志向」の関連に対する「獲得的レジリエンス」の調整効果

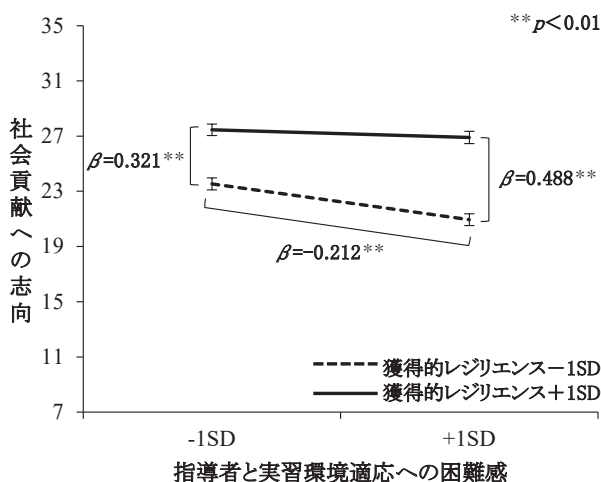


図2 「指導者と実習環境適応への困難感」と「社会貢献への志向」の関連に対する「獲得的レジリエンス」の調整効果

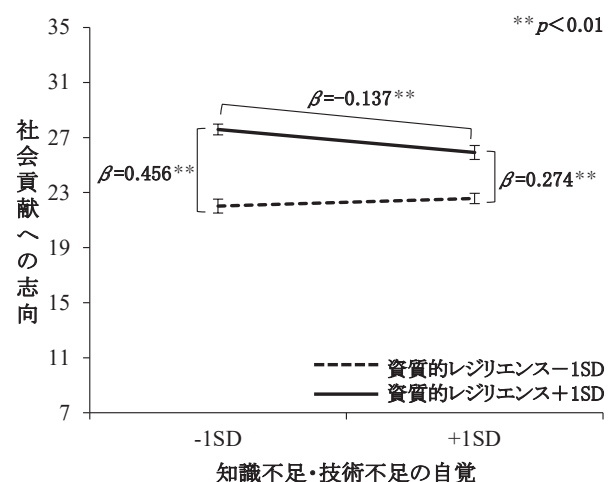


図4 「知識不足・技術不足の自覚」と「社会貢献への志向」の関連に対する「資質的レジリエンス」の調整効果

考 察

以下，設定した仮説ごとに得られた結果を考察する。

1. 仮説1：歯科衛生学生の臨床実習ストレスは職業的アイデンティティを低下させる

相関係数を算出した結果，臨床実習ストレスの4因子は，いずれも職業的アイデンティティの各因子と有意な負の相関を示したが，その値は小さく，弱い関連であった。職業的アイデンティティは多様な経験によって支えられており¹⁴⁾，継続的な学びや自己理解，周囲との関係性を通じて徐々に構築される側面がある⁹⁾。そのため，臨床実習ストレス単体では限定的な影響に留

まった可能性がある。しかし，階層的重回帰分析で学校種別・学年・臨床実習経験期間を統制し，臨床実習ストレスの各因子とレジリエンスの各因子を投入したStep 2でも，「指導者と実習環境適応への困難感」が「医療職選択への自信」「医療職として必要とされることへの自負」「社会貢献への志向」を有意に低下させる関連を示した。歯科衛生士への期待が高いと職業的アイデンティティは高まるが¹⁵⁾，反対に指導者との関係や実習環境に馴染めないまま臨床実習を進めると，自身の専門職としての価値や社会貢献意識が揺らぎ，歯科衛生士を志すことへの確信を弱める可能性が示唆される。さらに，「知識不足・技術不足の自覚」が「医療職選択へ

の自信」「自分の医療職観の確立」を有意に低下させる関連を示したことは、職業的アイデンティティと自己効力感との間に正の相関があることも一致する²³⁾。特に「自分の医療職観の確立」は、専門職としての理念や価値観を形成する重要な要素であるため、実習を通じて成長を実感できなかったり、知識・技術面での壁を強く意識したりすると、自己効力感が低下することで自分の医療職観の確立が妨げられやすいと考えられる。「記録作成と時間的制約」が「自分の医療職観の確立」を有意に低下させる関連を示したことは、実習期間の忙しさや長時間の通学によってプライベートや学業とのバランスをとることが難しくなり、体力的、精神的な負担を増加させることを示唆する。臨床実習の初期段階での否定的な経験は職業観そのものに疑念を抱かせる可能性があり³³⁾、教育的支援による介入の余地があるといえる。一方で、「指導者と実習環境適応への困難感」と「自分の医療職観の確立」、「知識不足・技術不足の自覚」と「医療職として必要とされることへの自負」および「社会貢献への志向」、「記録作成と時間的制約」と「医療職選択への自信」「医療職として必要とされることへの自負」「社会貢献への志向」との間には有意な関連は認められなかった。以上のことから、仮説1は一部支持されたといえる。

2. 仮説2：レジリエンスは、歯科衛生学生の臨床実習ストレスが職業的アイデンティティに及ぼす負の影響を緩衝する

「獲得的レジリエンス」が低い群は、「記録作成と時間的制約」の程度により「医療職選択への自信」と「社会貢献への志向」は変わらないが、「獲得的レジリエンス」が高い群は、「記録作成と時間的制約」が低くなるほど「医療職選択への自信」と「社会貢献への志向」が高くなることが示された。「獲得的レジリエンス」が高い学生は、困難場面においても主体的に対処しやすく²¹⁾、成功体験や自己効力感を得やすいといえる。本研究結果から、「獲得的レジリエンス」が高い学生は、「記録作成と時間的制約」が低ければ、臨床実習や日常学習で生じる困難な状況にも比較的前向きに取り組み、自らの成長や専門職としてのあり方を見出し²²⁾、医療職を選択した意義や自分の将来像に確固たるイメージを抱き、「医療職選択への自信」を高めることができると推測される。しかし、「獲得的レジリエンス」が高くても、「記録作成と時間的制約」が高くなると「医療職選

択への自信」と「社会貢献への志向」は低下することが示された。先行研究においても実習記録やレポートの作成がストレスとなることが指摘されており³⁴⁾、養成校ごとに実習記録の形式やカリキュラムが異なる点が課題として指摘されている^{*6)}。本来は実習内容を振り返り内省を促すための記録作成が、過度な負担や煩雑さによって、省察に割ける資源を枯渇させ³⁵⁾、「自分はやっていける」という確信が揺らぎ、「医療職選択への自信」が低下する可能性が示唆される。さらに、時間的切迫は援助行動を低下させることから³⁶⁾、自分の対応で手いっぱいになる状況では、他者や社会への関心を保ちにくく「獲得的レジリエンス」が高くても、過剰な負荷がレジリエンスの緩衝効果を上回り、「社会貢献への志向」を低下させる懸念があるといえる。

また、「獲得的レジリエンス」が低い群は、「指導者と実習環境適応への困難感」が高くなるほど「社会貢献への志向」が低くなるが、「獲得的レジリエンス」が高い群は、「指導者と実習環境適応への困難感」の程度にかかわらず、「社会貢献への志向」は変わらないことが示された。レジリエンスが高い個人ほどストレスフルな状況を一過性の困難と捉え、将来への肯定的な見通しを維持できることが示唆されているように¹⁸⁾、「獲得的レジリエンス」が高い学生は、指導者との関係や実習環境が良好でなくても、乗り越えられる問題であると捉え、自身の将来の歯科業界全体での活躍を否定的には捉えにくいことが示唆される。そのため、指導者との関係が悪化しても人の役に立ちたいという「社会貢献への志向」を維持しやすい可能性があるといえる。一方「獲得的レジリエンス」が低い学生は、指導者との不和や場の雰囲気悪化により臨床実習での心理的安全性が損なわれると、患者視点の保持が難しくなる^{33,37)}。さらに、レジリエンスの高さが向社会的行動を促進することが示されていることから^{38,39)}、「獲得的レジリエンス」が低い学生は、「社会貢献への志向」が低下してしまう可能性があると考えられる。

「資質的レジリエンス」が低い群では、「知識不足・技術不足の自覚」の程度にかかわらず「社会貢献への志向」は変わらないが、「資質的レジリエンス」が高い群では、「知識不足・技術不足の自覚」が低いほど「社会貢献への志向」が高くなることが示された。これは、レジリエンスが高い学生が自己効力感や成長意欲が強く、自己評価が肯定的であるときほど、周囲や社会への関心

^{*6)} 日本歯科衛生士会：令和7年度予算・制度などに関する要望について、https://www.jdha.or.jp/pdf/letter/eiseikaihou_83.pdf (2024年12月29日アクセス)。

を高められるという知見⁴⁰⁾と一致する。「資質的レジリエンス」が高い学生は、自己効力感や安定した自己像を土台として、知識不足の状況にも過度に不安を抱かず、社会貢献意識を維持しやすい特性をもつ可能性がある。しかし、先に示された結果と同様に「知識不足・技術不足の自覚」の増大が、レジリエンスの調整効果を減少させることを示唆している。「知識不足・技術不足の自覚」が低いときには、「ある程度自分はできている」という認識が得られると、周囲に目を向ける余裕が生じ、さらに身につけた自分の能力で人の役に立ちたいと「社会貢献への志向」を高めることが考えられる。一方で、これら以外の組合せや「自分の医療職観の確立」および「医療職として必要とされることへの自負」に対しては有意な交互作用は認められなかった。以上のことから、仮説2は部分的に支持されたといえる。

また、職業的アイデンティティの「自分の医療職観の確立」および「医療職として必要とされることへの自負」を従属変数とした階層的重回帰分析では有意な交互作用は認められなかったものの、「獲得的レジリエンス」および「資質的レジリエンス」はこれらの職業的アイデンティティに対して有意な正の主効果を示したことから、レジリエンスはストレスの程度にかかわらずこれらを底上げすることができる可能性が推察される。レジリエンスが職業的アイデンティティと正の関連を示すことは、Mei et al.²³⁾も報告しており、本研究の結果も、これを支持するものであるといえる。他方、ストレスには学生の成長を促す側面もある。Cavanaugh et al.⁴¹⁾は、ストレスを時間のプレッシャー、重い責任などのストレスを成長に寄与するチャレンジストレス、組織内での駆け引きや役割の曖昧さなどのストレスを目標の達成を妨げるヒンドランスストレスに分類した。本研究では臨床実習ストレスの各因子と職業的アイデンティティの各因子との間には有意な負の相関が示されたが、補足的に項目レベルの相関を検討したところ、「少しのミスも許されなかった」という遂行要求の厳しさを示す項目は、職業的アイデンティティのすべての因子との間に有意な相関は示されなかった。したがって、一部のストレスは職業的アイデンティティの低下には直結せず、条件によってはチャレンジストレスとして機能しうる余地があると考えられる。さらに、「獲得的レジリエンス」は後天的に学習や経験を通して身につけることができるとされること²⁸⁾を踏まえると、歯科衛生教育にレジリエンス支援の視点を取り入れることは、職業的アイデンティティの確立を促し、ひいては離職防止に資する可能性がある。臨床実

習開始前に実習中に想定される困難場面の短時間ロールプレイを実施する³³⁾、臨床実習中は実習記録とは別に、患者情報を含まない日々の省察を日課化し、フィードバックを受ける¹¹⁾といった教育的介入が有用である可能性が示唆される。今後は、その有効性を実証的に検討する必要がある。

最後に、本研究の限界を3点指摘する。第一に、本研究は一時点での調査であり、因果関係について言及することはできない。今後は縦断的な調査によって、因果関係を検討する必要がある。第二に、職業的アイデンティティは学生生活全般や家族背景、個人の価値観など多様な要因の影響を受ける可能性がある。臨床実習に焦点を当てた本研究の結果は限定的なものであり、今後は多面的な要因を考慮することが必要である。第三に、協力参加校の協力率は約25%であり、地域や学校規模、指導体制の違いが結果に及ぼす影響を排除できているとは限らない。結果の一般化には限界があり、より広範な地域や多様な教育機関を対象とした大規模調査の実施が望まれる。

文 献

- 1) 深井稜博, 古田美智子, 嶋崎義浩ほか: 歯科患者の口腔保健状態および歯科医療の受療状況と全身の健康状態との関連 8020 推進財団 歯科医療による健康増進効果に関する研究 (5 年追跡調査). 日歯医学会誌 40: 82-95, 2021.
- 2) Naito M, Yuasa H, Nomura Y et al.: Oral health status and health-related quality of life: A systematic review. J Oral Sci 48: 1-7, 2006.
- 3) 相田 潤, 草間太郎, 五十嵐彩夏ほか: 歯科衛生士の離職防止と復職に関連する要因: ストレスモデルと歯科医師との意識の差. 口腔衛生会誌 71: 72-80, 2021.
- 4) Jin K, Nakatsuka M, Maesoma A et al.: Employment status of dental hygienists in Japan. J Osaka Dent Univ 51: 99-104, 2017.
- 5) 村井亜希子, 錦織 良, 神 光一郎: 歯科衛生士の需要と供給に関する検討. 歯科医学 83: 68-75, 2020.
- 6) 近藤日向子, 竹本俊伸, 久米美穂ほか: 開業歯科医院に勤務する歯科衛生士の職務継続意志に影響する因子—広島県における調査結果—. 日歯医療管理会誌 48: 204-216, 2013.
- 7) 波多野梗子, 小野寺杜紀: 看護学生および看護婦の職業的アイデンティティの変化. 日看護会誌 16: 21-28, 1993.
- 8) 狩野京子, 出井涼介, 實金 栄ほか: 看護師における職業的アイデンティティ, 職業経験の質と職業キャリア成熟の関係. 日看護会誌 5: 1-10, 2015.
- 9) 平田創一郎, 檜 則章, 二宮一智ほか: 倫理・プロフェッショナルリズム教育の現状. 日歯教誌 38: 134-138, 2022.
- 10) Hensel D, Laux M: Longitudinal study of stress, self-care, and professional identity among nursing students. Nurse Educ 39: 227-231, 2014.

- 11) Sang N, Zhu Z, Wu L et al.: The mediating effect of psychological resilience on empathy and professional identity of Chinese nursing students: A structural equation model analysis. *J Prof Nurs* 43: 53-60, 2022.
- 12) Nyirenda M, Mukwato P: Relationship between psychological stress and academic performance among nursing students at the university of Zambia. *J Nurs Health Sci* 6: 1-5, 2017.
- 13) Wang Y, Xiao H, Zhang X: The role of active coping in the relationship between learning burnout and sleep quality among college students in China. *Front Psychol* 10: 647, 2019.
- 14) 高瀬園子, 佐藤美佳, 西沢義子: 看護学生における職業的アイデンティティの文献レビュー. *保健科学研究* 9: 1-10, 2018.
- 15) Champine JM, Inglehart MR, Furgeson D et al.: Loss of idealism or realistic optimism? A cross-sectional analysis of dental hygiene students' and registered dental hygienists' professional identity perceptions. *Int J Dent Hyg* 16: 114-124, 2018.
- 16) Phillips E, Gwozdek AE, Shaefer HL: Safety net care and midlevel dental practitioners: A case study of the portion of care that might be performed under various setting and scope-of-practice assumptions. *Am J Public Health* 105: 1770-1776, 2015.
- 17) 小塩真司, 中谷素之, 金子一史: 資料 ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性—精神的回復力尺度の作成. *カウンセリング研* 35: 57-65, 2002.
- 18) Masten AS: Ordinary magic: Resilience processes in development. *Am Psychol* 56: 227, 2001.
- 19) Grotberg EH: Resilience for today: Gaining strength from adversity, Bloomsbury Publishing, USA, 2003.
- 20) Masten AS: Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Dev Psychopathol* 19: 921-930, 2007.
- 21) Lim Y, Yang S: The effect of self-leadership, self-esteem, and resilience on clinical practice stress among Korean dental hygiene students. *J Korean Soc Dent Hyg* 21: 459-468, 2021.
- 22) Lyu FF, Ramoo V, Wang YX: Career maturity, psychological resilience, and professional self-concept of nursing students in China: A nationwide cross-sectional study. *J Prof Nurs* 42: 58-66, 2022.
- 23) Mei XX, Wang HY, Wu XN et al.: Self-efficacy and professional identity among freshmen nursing students: A latent profile and moderated mediation analysis. *Front Psychol* 13: 779986, 2022.
- 24) Hartmann S, Weiss M, Newman A et al.: Resilience in the workplace: A multilevel review and synthesis. *Appl Psychol* 69: 913-959, 2020.
- 25) 關本翌子, 亀岡正二, 富樫千秋: 看護師を対象としたレジリエンス研究の動向. *日看管理会誌* 17: 126-135, 2013.
- 26) Arrogante O, Aparicio-Zaldivar E: Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive Crit Care Nurs* 42: 110-115, 2017.
- 27) Delgado C, Upton D, Ranse K et al.: Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *Int J Nurs Stud* 70: 71-88, 2017.
- 28) 平野真理: レジリエンスの資質的要因・獲得的要因の分類の試み—二次元レジリエンス要因尺度 (BRS) の作成. *パーソナリティ研* 19: 94-106, 2010.
- 29) 高尾あゆみ, 大塚泰正: 歯科衛生学生用臨床実習ストレス尺度の開発および信頼性・妥当性の検討. *日歯衛教会誌*: 16: 111-121, 2025.
- 30) 藤井恭子, 野々村典子, 鈴木純恵: 医療系学生における職業的アイデンティティの分析. *茨城医療大紀* 7: 131-142, 2002.
- 31) 落合幸子, 本多陽子, 落合良行ほか: 医療系大学への進路決定プロセスと入学後の職業的アイデンティティとの関連. *医学教育* 37: 141-149, 2006.
- 32) 清水裕士: フリーの統計分析ソフト HAD: 機能の紹介と統計学習・教育, 研究実践における利用方法の提案. *メディア・情報・コミュニケーション研究* 1: 59-73, 2017.
- 33) Zhang J, Shields L, Ma B et al.: The clinical learning environment, supervision and future intention to work as a nurse in nursing students: A cross-sectional and descriptive study. *BMC Med Educ* 22: 548, 2022.
- 34) 鈴鹿祐子, 大川由一, 諏訪間加奈ほか: 歯科衛生士養成校学生の臨床実習におけるストレス反応の実態と関連要因. *日歯衛会誌* 18: 26-37, 2024.
- 35) Gesner E, Dykes PC, Zhang L et al.: Documentation burden in nursing and its role in clinician burnout syndrome. *Appl Clin Inform* 13: 983-990, 2022.
- 36) Darley JM, Batson CD: "From Jerusalem to Jericho": A study of situational and dispositional variables in helping behavior. *J Pers Soc Psychol* 27: 100-108, 1973.
- 37) McClintock AH, Fainstad TL, Jauregui J: Clinician teacher as leader: Creating psychological safety in the clinical learning environment for medical students. *Acad Med* 97: S46-S53, 2023.
- 38) Taylor ZE, Eisenberg N, Spinrad TL et al.: The relations of ego-resiliency and emotion socialization to the development of empathy and prosocial behavior across early childhood. *Emotion* 13: 822-831, 2013.
- 39) Xue S, Chen Y, He J et al.: Resilience and prosocial behavior among Chinese university students during COVID-19 mitigation: Mediation and moderation effects of social support. *Psychol Res Behav Manag* 15: 1457-1470, 2022.
- 40) Cassidy S: Resilience building in students: The role of academic self-efficacy. *Front Psychol* 6: 1781, 2015.
- 41) Cavanaugh MA, Boswell WR, Roehling MV et al.: An empirical examination of self-reported work stress among U.S. managers. *J Appl Psychol* 85: 65-74, 2000.

著者への連絡先: 高尾あゆみ 〒 279-8550 千葉県浦安市
 明海 1 丁目 明海大学保健医療学部口腔保健学科
 TEL : 047-374-3881 FAX : 047-374-3882
 E-mail : ataka25003@meikai.ac.jp

Effects of Clinical Practice Stressors on Professional Identity of Dental Hygiene Students:
Moderating Role of Resilience

Ayumi TAKAO¹⁾ and Yasumasa OTSUKA²⁾

¹⁾Department of Oral Health Sciences, School of Health Sciences, Meikai University

²⁾Institute of Human Sciences, University of Tsukuba

Abstract: This study involved a web-based survey of 896 dental hygiene students, yielding 639 valid responses, with all students having clinical practice experience. The objective was to investigate the effect of clinical practice stressors on professional identity and moderating role of resilience. Each stressor demonstrated a negative correlation with professional identity-related factors. Hierarchical multiple regression and simple slope analyses revealed that acquired resilience tended to buffer the adverse effects of “record keeping and time constraints” on “confidence in choosing a health profession.” It also moderated the negative effects of “difficulty in adapting to instructors and the practice environment” and “record keeping and time constraints” on “orientation toward contributing to society.” In addition, dispositional resilience tended to buffer the relationship between “awareness of lack of knowledge and skills” and “orientation toward contributing to society.” These findings suggest that students with high-level resilience are more likely to maintain professional identity despite encountering multiple stressors in clinical practice, and that educational support incorporating resilience development may facilitate the formation of professional identity.

J Dent Hlth 76: 45-54, 2026

Key words: Dental hygiene students, Clinical practice, Stressor, Professional identity, Resilience

Reprint requests to A. TAKAO, Department of Oral Health Sciences, School of Health Sciences, Meikai University, 1, Akemi, Urayasu-shi, Chiba 279-8550, Japan

TEL: 047-374-3881/FAX: 047-374-3882/E-mail: ataka25003@meikai.ac.jp

報 告

中小零細製造業が多い業界団体を対象にした
歯科医師による特殊健康診断に関する実態調査米永 崇利¹⁾ 安田恵理子^{2,3)} 米永 哲朗²⁾ 東 哲司¹⁾
岩井 浩明¹⁾ 笹井 保之¹⁾ 多畑昂一郎¹⁾ 友藤 孝明¹⁾

概要：労働安全衛生法第66条第3項および労働安全衛生規則第48条に基づき、有害業務に従事する労働者には、雇入れや配置替え時、さらにその後6か月以内ごとに1回、定期的に歯科健康診断を行うことが義務付けられている。このように、歯科医師による特殊健康診断の実施は法的に定められているものの、その実施状況に関する報告は限られている。そこで本研究では、中小零細製造業の多い業界団体の協力を得て、事業場を対象に歯科医師による特殊健康診断の実施状況をアンケートで調査した。調査期間は2024年10月16日～11月22日、回答はGoogleフォームまたはFAXで受け付けた。その結果、170事業場中44事業場(25.9%)から回答を得た。「歯科医師による特殊健康診断を実施しているか」の質問に「はい」と答えた割合は、従業員50人以上の事業場で83.3%だったのに対し、50人未満では28.0%に留まった。また、従業員50人未満の事業場で実施していない理由としては、「依頼先がわからない」「歯科以外の特殊健診の対応で手一杯である」「時間の確保が難しい」の順に回答が多かった。これらの結果は、小規模事業場において歯科医師による特殊健康診断が十分に普及していないことを示唆している。特に「依頼先がわからない」の回答が多かったことから、小規模事業場に対する情報提供体制の構築が必要であると考えられる。

索引用語：中小零細製造業，特殊健康診断，実態調査

口腔衛生会誌 76：55-60, 2026

(受付：令和7年9月9日／受理：令和7年11月12日)

緒 言

職業に起因する歯科疾患の防止は、産業歯科保健における重要な課題の一つである。労働安全衛生法第66条第3項および労働安全衛生規則第48条では、有害な業務に従事する労働者の人数にかかわらず、すなわち該当労働者が1人でもいる場合には、雇入れ時や配置換え時、さらにその後6か月以内ごとに1回、定期的に歯科健康診断を実施することが事業者には義務付けられている。

しかし、法律で義務化されているにもかかわらず、歯科医師による特殊健康診断の実施率は低いことが指摘されてきた。例えば、令和元年度に厚生労働省が一部地域の事業場を対象に実施した自己点検では、歯科医師による特殊健康診断が行われていた事業場は31.5%に留まっていた^{*1}。特に、常時使用する労働者数が50人未満の

小規模事業場における実施率は22.5%と低かった。この背景には、令和元年度では、50人未満の小規模事業場には健診結果の報告義務がなかったことが関係していると考えられる。

こうした状況を受け、令和4年10月の法令改正により、歯科健康診断を実施した事業者は、労働者数にかかわらず、遅滞なく歯科健康診断結果報告書を所轄労働基準監督署長に提出することが義務化された¹⁾。この改正により、特に小規模事業場において、歯科医師による特殊健康診断の実施が今後増加することが期待される。

しかし現時点では、小規模事業場における特殊健康診断の実施状況は十分に把握されていない。そこで本研究では、中小零細製造業の多い業界団体の協力を得て、事業所を対象に歯科医師による特殊健康診断の実態調査を行った。なお、常時使用する労働者が50人以上の事業

¹⁾ 朝日大学歯学部口腔感染医療学講座社会口腔保健学分野²⁾ 米永歯科医院³⁾ 大阪歯科大学口腔衛生学講座^{*1} 厚生労働省：令和元年度歯科健診実施状況自主点検の結果，<https://www.mhlw.go.jp/content/11201250/000916672.pdf>。(2025年8月14日アクセス)。

場では、産業医の選任、衛生委員会の設置、定期健康診断結果報告書の提出などが義務付けられており、50人未満の事業場とは労働安全衛生管理体制が異なる^{*2}。このため、本研究では、常時使用労働者数が50人未満の事業場と50人以上の事業場とで比較を行い、その結果を報告する。

対象および方法

1. 調査対象

関西にある中小零細製造業が多い業界団体の事業場に対してアンケート調査を行った。調査依頼は業界団体を通じて行い、アンケートを郵送または電子メールで各事業場に配布した。調査期間は2024年10月16日から同年11月22日までとし、回答はGoogleフォームまたはFAXにより回収した。回答は1事業場につき1名（主に安全衛生管理担当者）が記入した。なお、本研究は朝日大学歯学部倫理審査委員会の承認（承認番号36019）を得てから行った。

2. アンケートの質問項目

アンケートの質問項目は、以下の5領域から構成した。

1) 事業場における特殊健診の対象物質の取り扱い状況

塩酸、硝酸、硫酸等、取り扱っている有害化学物質の名称を複数回答形式で質問した。また、これらの物質を取り扱う頻度や取り扱う人数についても尋ねた。

2) 事業場における管理体制

局所排気装置の自己点検頻度（1年に1回、2～3年に1回、不明）を単一回答で質問した。さらに、保護具の使用状況の定期的な確認、化学品の分類および表示に関する世界調和システム（Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals; 以下、GHS）ラベルの表示、安全データシート（Safety Data Sheet; 以下、SDS）の周知、化学物質管理者の配置の有無を確認した。

3) 歯科医師による特殊健康診断の認知度および実施状況

労働安全衛生法に基づく歯科医師による特殊健康診断の義務化を知っているか（はい／いいえ）、歯科医師による特殊健康診断の実施の有無（はい／いいえ）、歯科医師による職場巡視の有無（はい／いいえ）、所轄労働基準監督署長に報告する義務があることを知っているか（はい／いいえ）、および所轄労働基準監督署長に令和4年以降の新しい様式で報告しているか（はい／いいえ）

について質問を行った。

4) 歯科医師による特殊健康診断を実施していない理由

実施していない事業場に対して、その理由（実施対象者がいない、費用面の問題がある、依頼先がわからない、歯科以外の特殊健診への対応で手一杯である、時間の確保が難しい）を複数回答形式で尋ねた。

5) 歯科医師による特殊健康診断に関する勉強会等の参加状況とニーズ

事業主または従業員を対象に、歯科医師による特殊健康診断に関する勉強会等に参加または開催した経験の有無（はい／いいえ）および歯科医師による特殊健康診断に関する勉強会等の開催希望のニーズ（はい／いいえ）について質問した。

3. 統計解析

すべての結果を事業場数で示した。事業場規模による労働安全衛生管理体制の違いを考慮して、事業場の従業員数を「50人未満」と「50人以上」の2群に分類した。群間比較には2×2分割表を用い、各セルの期待値を確認した。期待値が5未満となるセルを含む場合にはフィッシャーの正確確率検定を、それ以外の場合には χ^2 検定を実施した。なお、無回答は統計解析の対象から除外した。統計学的な有意水準は5%未満とした。また、統計解析にはSPSS Statistics（version 27, 日本アイ・ビー・エム株式会社, 東京）を使用した。

結 果

170中44の事業場（25.9%）から回答を得た。そのうち、32（72.7%）は従業員数50人未満の事業場だった。

1. 事業場における特殊健診の対象物質の取り扱い状況

すべての事業場で酸が取り扱われており、塩酸が最も取り扱われていた（表1）。その他の物質には、クロム酸（3事業場）、青化カリウム（1事業場）、リン酸（1事業場）、過酢酸（1事業場）の回答があった。また、これらの物質の使用頻度は週3回以上が35事業場（50人未満26事業場、50人以上9事業場）と最も多かった。物質の使用頻度について、50人未満の事業場と50人以上の事業場との間に有意差はなかった。一方、物質の取り扱い人数について、50人未満の事業場では5人以下、50人以上の事業場では11～50人の回答が最も多かった。

2. 事業場における管理体制

「局所排気装置の自己点検の頻度はどれくらいですか」の質問に対して、31（全体の70.5%）の事業場（50人未

^{*2} 愛知労働局：安全衛生管理体制について、<https://jsite.mhlw.go.jp/aichi-roudoukyoku/content/contents/000710905.pdf>. (2025年11月3日アクセス).

表1 事業場における特殊健診の対象物質の取り扱い状況

質問項目	全体 (n=44)	従業員数		p 値
		50 人未満 (n=32)	50 人以上 (n=12)	
事業場で取り扱っている物質のうち該当するものは何ですか。 (複数回答可)	塩 酸	44 (100)	32 (100)	12 (100)
	硝 酸	37 (84.1)	26 (81.3)	11 (91.7)
	硫 酸	38 (86.4)	29 (90.6)	9 (75.0)
	亜硫酸	1 (2.3)	0 (0.0)	1 (8.3)
	フッ化水素	6 (13.6)	4 (12.5)	2 (16.7)
	黄リン	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	その他	7 (15.9)	4 (12.5)	3 (25.0)
上記の物質を取り扱う頻度はどれくらいですか。	週に3回以上	35 (79.5)	26 (81.3)	9 (75.0)
	週に1～2回	6 (13.6)	5 (15.6)	1 (8.3)
	月に2～3回	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	月に1回以下	2 (4.5)	1 (3.1)	1 (8.3)
	その他	1 (2.3)	0 (0.0)	1 (8.3)
上記の物質の取り扱い人数	5人以下	24 (54.5)	22 (68.8)	2 (16.7)
	6～10人	9 (20.5)	8 (25.0)	1 (8.3)
	11～50人	9 (20.5)	2 (6.3)	7 (58.3)
	51人以上	2 (4.5)	0 (0.0)	2 (16.7)

数値は事業場数 (%) を示す。ただし、四捨五入の関係で、合計が100%にならないことがある。

*フィッシャーの直接確率検定

— 検定していない

表2 事業場における管理状況

質問項目	全体 (n=44)	従業員数		p 値*
		50 人未満 (n=32)	50 人以上 (n=12)	
局所排気装置の自己点検の頻度はどれくらいですか。	1年に1回	31 (70.5)	19 (59.4)	12 (100)
	2～3年に1回	4 (9.1)	4 (12.5)	0 (0.0)
	不明	9 (20.5)	9 (28.1)	0 (0.0)
保護具の使用状況の定期的な確認	対応している	30 (68.2)	18 (56.3)	12 (100)
	対応していない	14 (31.8)	14 (43.8)	0 (0.0)
GHS ラベルの表示	対応している	21 (47.8)	13 (40.6)	8 (66.7)
	対応していない	23 (52.3)	19 (59.4)	4 (33.3)
SDS の周知	対応している	29 (65.9)	19 (59.4)	12 (100)
	対応していない	13 (29.5)	13 (40.6)	0 (0.0)
化学物質管理者の配置	対応している	33 (75.0)	21 (65.6)	12 (100)
	対応していない	11 (25.0)	11 (34.4)	0 (0.0)

数値は事業場数 (%) を示す。ただし、四捨五入の関係で、合計が100%にならないことがある。

GHS: Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals, SDS: Safety Data Sheet

*フィッシャーの正確確率検定もしくは Pearson の χ^2 検定

表3 歯科医師による特殊健康診断の認知度および実施状況

質問項目		全体 (n=44)	従業員数		p 値*
			50 人未満 (n=32)	50 人以上 (n=12)	
労働安全衛生法に基づく歯科医師による特殊健康診断の実施が義務付けられていることをご存じですか。	はい	29 (65.9)	17 (53.1)	12 (100)	0.003
	いいえ	15 (34.1)	15 (46.9)	0 (0.0)	
歯科医師による特殊健康診断を実施されていますか。	はい	19 (43.2)	9 (28.1)	10 (83.3)	0.002
	いいえ	25 (56.8)	23 (71.9)	2 (16.7)	
事業場の労働災害の防止を目的とした歯科医師による職場巡視を行っていますか。	はい	5 (11.4)	3 (9.4)	2 (16.7)	0.620
	いいえ	36 (81.8)	26 (81.3)	10 (83.3)	
	無回答	3 (6.8)	3 (9.4)	0 (0.0)	
令和4年以降、歯科医師による特殊健康診断の結果を、該当する事業所は所轄労働基準監督署長に報告する義務があることをご存じですか。	はい	21 (47.7)	10 (31.2)	11 (91.7)	0.001
	いいえ	22 (50.0)	21 (65.6)	1 (8.3)	
	無回答	1 (2.3)	1 (3.1)	0 (0.0)	
歯科医師による特殊健康診断の結果を、該当する事業所は所轄労働基準監督署長に令和4年以降の新しい様式で報告されていますか。	はい	14 (31.8)	5 (15.6)	9 (75.0)	<0.001
	いいえ	25 (56.8)	23 (71.9)	2 (16.7)	
	無回答	5 (11.4)	4 (12.5)	1 (8.3)	

数値は事業場数 (%) を示す。ただし、四捨五入の関係で、合計が100%にならないことがある。

*フィッシャーの直接確率検定もしくは Pearson の χ^2 検定

満19事業場、50人以上12事業場)が「1年に1度」と回答した(表2)。50人以上の事業場では、すべての事業場が「1年に1度」と回答したのに対して、50人未満の事業場では「2～3年に1度(4事業場)」や「不明(9事業場)」の回答もあり、回答の分布に群間で有意差があった($p<0.05$)。同様に、保護具の使用状況の定期的な確認、SDSの周知、および化学物質管理者の配置の対応状況についても群間でそれぞれ有意差を認めた($p<0.05$)。

3. 歯科医師による特殊健康診断の認知度および実施状況

「労働安全衛生法に基づく歯科医師による特殊健康診断の実施が義務付けられていることをご存じですか」の質問に対して、29(全体の65.9%)の事業場が「はい」と回答した(表3)。しかし、50人未満の事業場における「はい」の回答は17事業場(50人未満の事業場の

表4 歯科医師による特殊健康診断を実施していない理由

質問項目	全体 (n=25)	従業員数	
		50人未満 (n=32)	50人以上 (n=2)
歯科医師による 特殊健康診断を 実施されていない 場合、その理由 はどれですか。 (複数回答可)	実施対象者が いない	5 (20.0)	4 (12.5) 1 (50.0)
	費用面の問題が ある	4 (16.0)	4 (12.5) 0 (0.0)
	依頼先が わからない	10 (40.0)	10 (31.3) 0 (0.0)
	歯科以外の特殊 健診への対応で 手一杯である	9 (36.0)	9 (28.1) 0 (0.0)
	時間の確保が 難しい	9 (36.0)	8 (25.0) 1 (50.0)

数値は事業場数 (%) を示す。

53.1%) で、50 人以上の 12 事業場 (50 人以上の事業場の 100%) と比べて有意に低い値となった ($p<0.01$)。さらに、「歯科医師による特殊健康診断を実施されていますか」の質問に対して「はい」と回答した 50 人未満の事業場は 9 (50 人未満の事業場の 28.1%) しかなく、50 人以上の 10 事業場 (50 人以上の事業場の 83.3%) と比べて「はい」と回答した割合は有意に低かった ($p<0.01$)。また、「令和 4 年以降、歯科医師による特殊健康診断の結果を、該当する事業場は所轄労働基準監督署長に報告する義務があることをご存じですか」と「歯科医師による特殊健康診断の結果を、該当する事業場は所轄労働基準監督署長に令和 4 年以降の新しい様式で報告されていますか」の質問に「はい」と回答した割合についても、50 人未満の事業場は 50 人以上の事業場よりも有意に低い値だった ($p<0.01$)。一方、「事業場の労働災害の防止を目的とした歯科医師による職場巡視を行っていますか」の質問に対して「はい」と回答した事業場数は、50 人未満の事業場の 3 事業場 (50 人未満の事業場の 9.4%) と 50 人以上の事業場の 2 事業場 (50 人以上の事業場の 16.7%) で、どちらの群も少なかった。

4. 歯科医師による特殊健康診断を実施していない理由

「歯科医師による特殊健康診断を実施されていない場合、その理由はどれですか」の対する回答は、50 人未満の事業場において、依頼先がわからない (10 事業場)、歯科以外の特殊健診への対応で手一杯である (9 事業場)、時間の確保が難しい (8 事業場) の順に多かった (表 4)。一方、50 人以上の事業場では、実施対象者がいない (1 事業場) と時間の確保が難しい (1 事業場) の

表5 歯科医師による特殊健康診断に関する勉強会等の参加状況とニーズ

質問項目		全体 (n=44)	従業員数		p 値*
			50人未満 (n=32)	50人以上 (n=12)	
事業主として、歯科 医師による特殊健 康診断に関する勉 強会等を開催、も しくは参加されたこ とはありますか。	はい	10 (22.7)	7 (21.9)	3 (25.0)	1.000
	いいえ	34 (77.3)	25 (78.1)	9 (75.0)	
従業員に対して、歯 科医師による特殊 健康診断に関する 勉強会等を開催、も しくは参加させたこ とはありますか。	はい	5 (11.4)	3 (9.4)	2 (16.7)	0.603
	いいえ	39 (88.6)	29 (90.6)	10 (83.3)	
今後、歯科医師によ る特殊健康診断に 関する勉強会があ れば事業主として 参加を希望されま すか。	はい	24 (54.5)	14 (43.8)	10 (83.3)	0.039
	いいえ	20 (45.5)	18 (56.3)	2 (16.7)	
今後、従業員に歯 科医師による特殊 健康診断に関する勉 強会の参加を勧め ますか？	はい	16 (36.4)	8 (25.0)	8 (66.7)	0.032
	いいえ	27 (61.4)	23 (71.9)	4 (33.3)	
	未回答	1 (2.3)	1 (3.1)	0 (0.0)	

数値は事業場数 (%) を示す。ただし、四捨五入の関係で、合計が 100% にならないことがある。

*フィッシャーの直接確率検定もしくは Pearson の χ^2 検定

回答があった。

5. 歯科医師による特殊健康診断に関する勉強会等の参加状況とニーズ

「事業主として、歯科医師による特殊健康診断に関する勉強会等を開催、もしくは参加されたことはありますか」の質問に対して、10 (全体の 22.7%) の事業場が「はい」と回答した (表 5)。また、「従業員に対して、歯科医師による特殊健康診断に関する勉強会等を開催、もしくは参加させたことはありますか」の質問に対しては、5 (全体の 11.4%) の事業場が「はい」と回答した。どちらの質問も、回答の分布について 50 人未満の事業場と 50 人以上の事業場との間に有意差はなかった。一方、「今後、歯科医師による特殊健康診断に関する勉強会があれば参加を希望されますか」の質問に対して、事業主に対しては 24 (全体の 54.5%)、従業員に対しては 16 (全体の 36.4%) の事業場が「はい」の回答であった。こちらの 2 つの質問に関してはどちらも、50 人未満の事業場における「はい」の回答率は、50 人以上の事業場と比べて有意に低かった ($p<0.05$)。

考 察

本研究では、中小零細製造業を多く含む業界団体に所属する事業場を対象に、歯科医師による特殊健康診断の認知度および実施状況を調査し、従業員数 50 人未満の事業場と 50 人以上の事業場で比較した。その結果、50 人未満の事業場では、50 人以上の事業場と比較して歯科医師による特殊健康診断の認知度・実施率はともに低かった。さらに、令和 4 年以降は定期健康診断結果の報告様式からは歯科健診の記載欄がなくなり、歯科健康診断結果の報告書様式が新たに定められている^{*3}。この新様式による所轄労働基準監督署長への報告義務についても、両群間に顕著な差が認められた。これらの結果は、小規模事業場において、歯科医師による特殊健康診断の制度や報告義務に関する情報共有が不十分であり、実施体制の整備も依然として遅れていることを示唆している。この背景には、小規模事業場では産業医が選任されていない等、労働安全衛生管理体制が十分に構築されていないことが影響している可能性がある。

今回の対象集団において、50 人以上の事業場での特殊健康診断実施率は 83.3% であり、令和元年度に厚生労働省が実施した酸類等を取り扱う事業場の自主点検結果 (55.6%)^{*1} を大きく上回った。このことから、50 人以上の事業場では歯科医師による特殊健康診断の普及が進みつつあると考えられる。一方、50 人未満の事業場における実施率は 28.1% に留まり、令和元年度の自主点検結果 (22.5%)^{*1} とほぼ同水準であった。これらのことから、歯科医師による特殊健康診断の全体的な普及率の向上には、小規模事業場を対象とした制度周知の徹底や実施支援策の強化が不可欠であると考えられる。

50 人未満の事業場で未実施の理由としては、「依頼先がわからない」「他の特殊健診対応で手一杯」「時間の確保が難しい」などが多く挙げられた。これらは、情報提供体制の不足に加え、人員や経営面での制約が背景にあると推察される。そのため、業界団体や行政による依頼先情報の提供に加え、実施方法や報告書作成の支援、さらには事業場の負担軽減策が求められる。加えて、歯科医師による特殊健康診断への参加証明や助成制度との連動といったインセンティブ設計の導入は、制度の定着と実施率向上を後押しする可能性がある。

また、勉強会等の参加希望率は 50 人以上の事業場に比べて 50 人未満の事業場で有意に低かった。現状では、

小規模事業場における知識・理解を深める機会の不足が、制度定着や実施率向上の阻害要因となっている可能性がある。この課題に対しては、勤務時間や場所の制約に配慮したオンライン研修や短時間モジュール化など、柔軟な学習機会の提供が有効と考えられる。

歯科医師による特殊健康診断の対象物質の取り扱い状況については、取り扱う人数を除き、両群間で大きな差はみられなかった。しかし、局所排気装置の点検頻度、保護具使用状況の定期確認、SDS の周知、化学物質管理者の配置などの管理体制には明確な差が認められた。歯科医師による特殊健康診断において職業性歯の酸蝕症を疑うためには、実際に酸蝕症のリスクがある作業場の有無を巡視により確認することが重要である²⁾。本研究の結果は、小規模事業場における管理体制の脆弱さを示しており、それゆえ歯科医師による巡視の必要性が一層強調される。

本研究の限界として、対象が特定の業界団体に限定され、回答率も 25.9% と高くないことから、結果の一般化には慎重を要する。また、自己申告形式である調査のため、社会的望ましさバイアスや記憶の不確かさの影響を完全には排除できない。

以上より、令和 4 年の法改正を契機として歯科医師による特殊健康診断の実施促進が期待される一方、小規模事業場では依然として情報不足や運用上の障壁が存在することが明らかとなった。今後は、小規模事業場を対象とした情報提供体制と実施支援策の構築が喫緊の課題である。

謝 辞

本論文に関して、申告するべき利益相反はありません。また、本研究にご協力いただきましたすべての事業場に心より感謝いたします。

文 献

- 1) 上條英之：産業歯科口腔保健の現状と今後について。歯科学報 124：85-94, 2024.
- 2) 矢崎 武：歯科医師による健康診断マニュアル、愛知県歯科医師会監修、愛知、2024、54-57 頁。

著者への連絡先：友藤孝明 〒501-0296 岐阜県瑞穂市穂積 1851 朝日大学歯学部口腔感染医療学講座社会口腔保健学分野

TEL&FAX：058-329-1496

E-mail：tomofu@dent.asahi-u.ac.jp

^{*3} 厚生労働省：本省版リーフレット、<https://www.mhlw.go.jp/content/000978579.pdf> (2025 年 11 月 3 日アクセス)。

Survey on Special Health Checkups Conducted by Dentists Targeting Industry Groups with Small and Medium-sized Manufacturing Companies

Takatoshi YONENAGA¹⁾, Eriko YASUDA^{2,3)}, Tetsuo YONENAGA²⁾, Tetsuji AZUMA¹⁾,
Komei IWAI¹⁾, Yasuyuki SASAI¹⁾, Koichiro TABATA¹⁾ and Takaaki TOMOFUJI¹⁾

¹⁾Department of Community Oral Health, School of Dentistry, Asahi University

²⁾Yonenaga Dental Clinic

³⁾Department of Preventive and Community Dentistry, Osaka Dental University

Abstract: Under Article 66, Paragraph 3 of the Labour Safety and Health Act and Article 48 of the Labour Safety and Health Regulations, employers are required to conduct regular dental health examinations for workers engaged in hazardous work at the time of hiring or reassignment, and then at least once every 6 months thereafter. Thus, while the implementation of special health examinations by dentists is legally mandated, reporting on their actual implementation remains limited. Therefore, in this study, with the cooperation of industry associations, involving many small and medium-sized manufacturing companies, we conducted a questionnaire survey to investigate the status of implementing special health examinations conducted by dentists within workplaces. The survey period was from October 16 to November 22, 2024, and responses were accepted via Google Forms or fax. Responses were received from 44 of 170 workplaces (25.9%). The percentage of workplaces that answered “yes” to the question: “Do you conduct special health examinations involving dentists?” was 83.3% for workplaces with 50 or more employees, but only 28.0% for those with fewer than 50 employees. Among workplaces with fewer than 50 employees, the most common reasons for not conducting such examinations were “unclear where to request the service”, “already overwhelmed with other special health examinations”, and “difficulty securing time”. These results suggest that special health examinations conducted by dentists are not sufficiently widespread in small-scale workplaces. In particular, the high number of responses indicating “unclear where to request the service” suggests the need to establish an information-provision system targeting small-scale workplaces.

J Dent Hlth 76: 55-60, 2026

Key words: Small and medium-sized manufacturing companies, Special health checkups, Fact-finding surveys

Reprint requests to T. TOMOFUJI, Department of Community Oral Health, 1851 Hozumi, Mizuho, Gifu 501-0296, Japan

TEL&FAX: 058-329-1496/E-mail: tomofu@dent.asahi-u.ac.jp

会員の声

児童生徒の歯肉にみられる着色の考察

佐藤 正人

中学校の学校歯科医を務めてきた。その中でここ10年くらい前から、生徒の歯肉が茶色に着色するのを時々目にしてきた。その着色は以前からあったと思うが次第に気になり始めた。

毎年春に行う中学校での歯科健診では、1年生から3年生まで、各学年4クラスから5クラス、各クラス30数人の生徒の歯や歯肉、歯並びの状態をみる。その健診時に各クラス3人から5人の生徒の前歯部の歯肉が、茶色に着色しているのをみてきた。上下顎とも前歯部に多く、歯頸部から3,4ミリ離れた位置で幅数ミリの帯状の着色、上顎が濃く下顎はそれよりも薄く、笑顔にすると口唇で隠れるところの歯肉、男子生徒が女子生徒よりも多いなどの特徴があった。

こうした茶色に着色する歯肉の原因は何かと考えた。遺伝による影響なのか、家庭でのタバコによる影響なのか、それとも別のものによるのか、当初はわからなかった。遺伝的な影響はあるのかもしれないが、あったとしてもわずかな頻度だろうと考えた。タバコについては、家庭で喫煙者がいない生徒もいてタバコは原因とも思えなかった。

色々考えているうちに数年が経った。その期間、私の診療所に来院する子どもで、歯肉に着色のある子どもに、原因となりそうな飲み物を尋ねた。明らかに歯肉が茶色の帯状に着色している子どもを、尋ねる対象とした。

子どもの飲み物は水や牛乳、ジュース、お茶などがほとんどである。歯肉を茶色にするのは茶色のお茶ではないかと考え、多くの子どもが飲んでいる麦茶に焦点を合わせた。そこで麦茶について、子どもや父兄に尋ねると、ほとんどの幼稚園児や小学生、中学生が水出しの麦茶飲んでいると答えた。歯肉が着色している子どものほ

ぼすべてにおいて、水出しの麦茶か稀に煮出しの麦茶を飲んでいた。

子どもの矯正学の本などにも、歯肉が茶色に着色した写真が載っている。茶色に着色した歯肉の原因が麦茶であると断定はできない。しかし調べれば調べるほど、共通して麦茶を飲んでいる。

歯肉を茶色に着色するのが麦茶であるとするには、臨床研究法に則り、着色の基準を設け、母集団を決めるなどして、統計的に調べる必要があるが、今までの観察をもとに私なりの考察を記す。

1. 明らかに茶色に着色した歯肉の子どものほとんどは、水出しの麦茶を飲んでいる。煮出しの麦茶を飲んでいることもある。ときにルイボスティーなどの茶色のお茶を飲んでいることもある。
2. 同じ麦茶でも市販のペットボトルの麦茶は歯肉の着色に与える影響が少ないように思われる。作り方の違いによると考えられる。
3. 麦茶を飲む期間や量、回数が多ければより歯肉を着色する可能性がある。
4. 男子のほうが女子よりも歯肉の着色が目立つ。男子のほうが麦茶を飲む機会が多いからかもしれない。
5. 上顎の歯肉のほうが下顎の歯肉よりも歯肉の着色が濃い。唾液量の差が理由と考えられる。

私が今までに観察したことをまとめた。麦茶によると思われる歯の着色が子どもの学年が進むにつれて、次第に色が濃くなっていくのか、麦茶を飲むのをやめると、急に元の歯肉の色の戻るのかは、今のところ不明である。

— 一般社団法人日本口腔衛生学会認定医制度規則 —

(総 則)

第1条 この制度は口腔衛生学（口腔保健学）、予防歯科学ならびに地域歯科保健学（以下「口腔衛生学（口腔保健学）」とする）の専門的知識と技能及び経験を有する歯科医師を育成することにより、口腔衛生学（口腔保健学）に関連する保健医療福祉の水準の向上と普及発展を図り、もって国民の健康と福祉の増進に寄与することを目的とする。

第2条 前条の目的を達成するため一般社団法人日本口腔衛生学会（以下「学会」という）は、一般社団法人日本口腔衛生学会認定医（英文表記は、Accredited Member by the Japanese Society for Oral Healthとする。以下「認定医」という）を認定するとともに、本制度の実施に必要な事業を行う。

(認定医認定部会)

第3条 学会は、本制度を運営するために認定制度運営委員会認定医認定部会（以下「部会」という）を設置する。

第4条 部会は、次の事務を行う。

- (1) 第8条に定める認定医の資格条件等を定めること。
- (2) 認定医申請者（更新の申請も含む）に対して第10条及び第15条に定める審査認定を行うこと。
- (3) 第12条に定める認定医の登録及び認定証の交付を行うこと。
- (4) 認定医の資格喪失に対する審査と関連する事項を行うこと。
- (5) 学会指導医制度規則第4条、第17条及び第18条、並びに同施行細則第2条及び第3条に定める学会指導医並びに学会認定研修機関と関連する事項を行うこと。
- (6) 第16条に定める研修会等の研修に関すること。
- (7) その他学会理事長が認めた認定医制度の運営に必要な事項を行うこと。

第5条 部会は、学会理事長が認定医、専門医および指導医のなかから委嘱する委員10名以内で構成する。

第6条 委員の任期は2年とし、再任を認める。

(認定医の資格及び審査)

第7条 認定医の資格を得ようとする者は、第8条に定める条件を満たし、学会が定める書類で申請し、部会が行う審査を受ける。

2. 審査の結果合格した者を、認定医と認定し、登録のうえ認定証を交付する。

第8条 以下の各号をすべて満たす者で、かつ、(3) (4) (5) の合計単位数が50単位以上を有する者は、認定医を申請できる。

- (1) 日本国歯科医師の免許を有する者。または、外国の歯科医師の免許を有する者。
- (2) 認定医の申請時において、学会会員であり、かつ、通算して3年以上の会員歴を有する者。
- (3) 口腔衛生学（口腔保健学）に関連する保健活動あるいは臨床に関する経験を、細則に定める単位数10単位以上（25単位以内）有する者。
- (4) 口腔衛生学（口腔保健学）に関連する保健活動あるいは臨床に関する研修会及び学会の参加経験を、細則に定める単位数研修会参加10単位以上、学会参加10単位以上有する者。
- (5) 口腔衛生学（口腔保健学）に関連する保健活動あるいは臨床に関する論文、報告等の公表経験を、細則に定める単位数5単位以上有する者。
- (6) 学会認定研修機関において、認定医指導育成指針に基づき学会指導医（以下「指導医」という）による3年以上の指導・研修を受けた者。

第9条 認定医の資格を申請する者は、細則に定める認定審査料を添え、次の各号に定める申請書類を学会に提出しなければならない。

- (1) 認定医申請書
- (2) 履歴書
- (3) 歯科医師免許証の写し、または、外国の歯科医師であることの証明書の写し
- (4) 第8条(3) (4) (5) に関する経験を証明する書類
- (5) 第8条(6)を説明する書類と指導医による推薦書

第10条 認定医の資格審査は、第8条の条件を満たしているか否か書類審査を行う。

2. 第8条の条件を満たしている者には、第8条(3)もしくは(5)に関連するケースプレゼンテーションとこれに関連する口頭試問を行う。

3. 2項の審査は、部会委員の過半数が認めた場合に合格とする。

第11条 認定医と認められた者は、細則に定める認定登録料を添え、学会に登録及び認定証の交付の申請を行わなければならない。

(認定医の登録、期間、更新)

第12条 認定証の交付申請者には、学会認定医として学会に登録のうえ認定証を交付する。また、口腔衛生学会雑誌に公告する。

第13条 認定医の登録期間は、認定した期日から5年間経過後の12月31日まで(認定期限)とする。ただし、出産等やむを得ない事由により、第14条第2項に規定する要件を満たすことが困難と部会が認めた者は、期限を定めて登録期間を延長することができる。

2. 前項の申出は、学会が定める様式により第14条に定める期限までに申し出るものとする。

第14条 登録期間以後も引き続き認定医を希望する者は、認定期限3か月前までに細則に定める認定更新料を添えて更新の申請を行い、審査を受ける。

2. 更新の条件は、第8条の申請の条件と同じとするが、第8条(3)(5)(6)は必須としない。また、前回申請時より氏名・所属等の変更がない場合に限り、第9条(3)の提出を省略することができる。

第15条 審査のうえ、第14条第2項の条件を満たしている者には更新を認める。

(研修)

第16条 学会は、第1条の目的を達成するため、認定医の資格を得ようとする者及び認定医に対して、定期的に研修会を開催する等、研修の機会を設ける。

第17条 認定医の資格を得ようとする者及び認定医は、細則第14条に示す研修会及び本学会(一般社団法人日本口腔衛生学会関連の学会や研究会など(旧・地方会)を含む)等に積極的に参加し、口腔衛生学(口腔保健学)に関連する保健活動あるいは臨床の成果を公表する。

(認定医の資格喪失)

第18条 認定医は、次の各号のいずれかに該当するときは、部会、理事会の議を経てその資格を失う。

(1) 本人が資格の辞退を申し出たとき。

(2) 日本国歯科医師免許または外国の歯科医師資格を喪失したとき。

(3) 学会会員の資格を喪失したとき。

(4) 認定医の期限が終了したとき。

(5) 医事に関する不正その他の理由により認定医として不適当と認めたとき。

2. 部会が前項(5)の決定をしようとするときは、予め当該認定医から意見を聴取する機会を設けるものとする。

第19条 認定医の資格を喪失した者であっても、喪失の事由が消滅したときは再び認定医の資格を申請することができる。

(補則)

第20条 学会会員は、部会の決定に関する異議を学会理事長に申し立てることができる。

2. 学会理事長は、申し立て内容について理事会等で検討のうえ、当事者に回答を行う。

第21条 本規則の改廃は、理事会の議を経て、社員総会にて議決し、会員総会に報告する。

第22条 本規則の施行について必要な細則は別に定める。

附 則

1 本規則は、平成12年4月1日から施行する。

2 本規則の施行にあたり、暫定措置として期間を定め次のようにする。

(1) 第5条に定める委員の委嘱は、平成13年度までは学会会員の中から行う。

(2) 認定医の申請は平成13年4月1日から受け付ける。

(3) 第16条に定める学会が行う研修は平成14年度から実施する。このため、第9条(4)については、平成16年度までは学会参加経験と研修参加経験の単位を区別せず20単位以上有する者とする。

(4) 平成13年度までは第10条2項の審査は、(3)あるいは(5)に関するレポートを提出させ、レポートについて行い、第10条3項に従い認定医と認める。

(5) 平成20年度までは第8条(6)に定める認定医研修機関における3年以上の指導・研修を免除する。

(6) 平成17年度までは第9条(5)に定める指導医による推薦書を免除する。

3 本規則は、平成14年9月14日から施行する。

4 本規則は、平成16年9月18日から施行する。

5 本規則は、平成21年10月10日から施行する。

6 本規則は、平成22年10月7日から施行する。

7 本規則は、平成24年5月26日から施行する。

8 本規則は、平成25年5月16日から施行する。本施行日以前に認定された「認定予防歯科医」ならびに「認定地域歯科保健医」は「日本口腔衛生学会認定医」として読み替えるものとする。

9 本規則は、平成28年5月29日から施行する。

10 本規則は、令和3年5月27日から施行する。ただし、令和3年中における認定医の新規申請および更新に関しては従前の例による。

— 一般社団法人日本口腔衛生学会認定医制度施行細則 —

(制定の主旨)

第1条 一般社団法人日本口腔衛生学会認定医制度規則（以下「規則」という）の施行にあたって、規則に定めた事項のほかは一般社団法人日本口腔衛生学会認定医制度施行細則にしたがって運営する。

(認定医認定部会)

第2条 認定医認定部会（以下「部会」という）の委員の委嘱は、保健活動領域と臨床領域を考慮して、また、歯科大学関係者、歯科保健行政関係者、歯科診療所関係者を考慮して行う。

2. 委員は認定医または専門医から選出し、部会委員の半数程度は指導医とする。

第3条 部会は、半数以上の委員の出席で会議を開催する。

2. 部会の議事は、規則で定めるほかは部会長を除く出席委員の過半数で決する。可否同数のときは部会長の決するところによる。

(認定単位の算定)

第4条 規則第8条(2)に定める会員の有無及び会員歴は、会費の納入年度をもって把握する。

第5条 規則第8条(3)に定める単位数の算定は、申請年度の4月1日より起算して過去10年間のものとし、以下の各号に従う。

(1) 地域歯科保健活動経験は、以下の経歴それぞれを10単位とする。ただし、eについては5単位とする。

a. 地域の行政へ委員等として2年間活動に参画し、住民の健康と福祉に貢献した経歴を有する。

b. 歯科医師会等の役員、委員として2年間地域保健に関する委員会の活動に参画し、住民の健康と福祉に貢献した経歴を有する。

c. 学校歯科医として2年間学校歯科保健活動に従事し、児童生徒の健康に貢献した経歴を有する。

d. 市町村、事業所等の歯科保健活動に2年間従事し、対象集団の健康に貢献した経歴を有する。

e. 保健所等歯科保健行政機関に1年間常勤し、住民の健康と福祉に貢献した経歴を有する。

(2) 口腔衛生学（口腔保健学）に関連する臨床経験は、2年以上計画的に経過観察し患者の健康に貢献した症例については症例1例を5単位とする。

(3) 歯科大学（大学歯学部を含む、以下同じ）、歯科衛生士学校等で口腔衛生学（口腔保健学）に関連する教育指導を受け持った経歴は、1年間あたり常勤者では5単位、非常勤者では年間を通じ1科目あた

り2単位とする。

第6条 規則第8条(4)に定める単位数の算定は、申請年度の4月1日より起算して過去10年間のものとし、以下の各号に従う。ただし、同条(4)における「研修会参加」とは本条の(1)を、「学会参加」とは本条の(2)を指す。

(1) 研修会等に参加し研修を修了した者。

a. 一般社団法人日本口腔衛生学会が主催する認定研修会 1研修会につき10単位。

b. 一般社団法人日本口腔衛生学会が主催する地域口腔保健実践者研修会 1研修会につき5単位。

c. その他部会が認定する口腔衛生学（口腔保健学）関連の学術研修会等 1研修会につき1単位。

(2) 学会会員として以下の学会に参加した者。

a. 一般社団法人日本口腔衛生学会学術大会 1回5単位。

b. 一般社団法人日本口腔衛生学会関連の学会や研究会など（旧・地方会） 1回3単位。

c. その他部会が認定する口腔衛生学（口腔保健学）に関連する学会 1回3単位。

(3) 歯科大学の口腔衛生学（口腔保健学）に関連する講座あるいは部会が認定する研究機関・研究会に定期的継続的に参加し研修した者。

a. 大学院生等で常時研修した場合 1年間で5単位。

b. 月1回以上定期的に開催される研修に1年間継続して参加した場合 1年間で2単位。

第7条 規則第8条(5)に定める単位数の算定は、申請年度の4月1日より起算して過去10年間のものとし、以下の各号に従う。

(1) 研究論文、症例報告等を本学会誌あるいは部会が認定した雑誌等に公表した者。

a. 筆頭著者 1論文（報告）ごとに10単位。

b. 他の著者 1論文（報告）ごとに5単位。

(2) 部会が認定した総説（共著書の一部を分担執筆を含む）、啓発・解説書を公表した者。

a. 単独執筆あるいは筆頭著者 1論文ごとに10単位。

b. 共同執筆で筆頭著者以外の者 1論文ごとに5単位。

(3) 日本学術会議協力学術研究団体において学術発表した者（含む共同報告者）。

a. 一般社団法人日本口腔衛生学会（一般社団法人日本口腔衛生学会関連の学会や研究会など（旧・地方

会)を含む)における発表者 1発表ごとに5単位.

b. a以外の学会 1発表ごとに2単位.

第8条 規則第8条(6)に定める単位数の算定は、申請年度の4月1日より起算して過去10年間のものとし、「一般社団法人日本口腔衛生学会認定医指導育成指針」により指導医による証明が得られた者とする。
(申請書類)

第9条 認定申請書類のうち様式を定めるものは、様式に従う。

2. 規則第8条(5)に該当する論文等は、別刷あるいは写しを1部添付する。

(認定審査等)

第10条 規則第10条で定める審査は、少なくとも年1回行う。審査の期日・場所等は開催日より30日以上前に本人に宛てて文書で通知する。

2. 規則第10条第2項に定める試験審査は、部会の複数の委員によって行う。

第11条 認定の審査は、部会の委員全員で行う。

2. 審査の結果は、理事会に報告し承諾を得、結果決定後30日以内に本人に宛てて文書で通知する。

第12条 審査の結果、認定医と認められた者は、規則第11条に定める手続きを結果決定後3か月以内に行う。正当な理由がなく3か月以内に行われない場合は、認定を取り消す。

(認定にかかる費用)

第13条 規則第9条、第11条及び第14条に定める費用は、以下の通りとする。

(1) 認定審査料 1回 11,000円

(2) 認定登録料(認定証発行を含む) 初回登録時のみ 16,000円

(3) 認定更新料(認定証発行を含む) 1回 11,000円

2. 紛失・記載事項変更等により認定証再発行を希望する場合は、認定証再発行料2,000円を添えて申請書とともに学会理事長あてに申し込むものとする。

(研修)

第14条 一般社団法人日本口腔衛生学会は、本施行細則第6条(1)aに定める一般社団法人日本口腔衛生学会認定研修会等を少なくとも年1回開催する。

2. 開催にかかる費用は、研修参加者から受講料等として徴収できる。

(その他)

第15条 本施行細則の改廃は、理事会において議決し、社員総会、会員総会に報告する。

附 則

1 本施行細則は、平成12年4月1日から施行する。

2 規則の施行にあたり、規則附則第2条に定める暫定措置は、本施行細則にも適用する。

3 本施行細則は、平成14年9月14日から施行する。

4 本施行細則は、平成16年9月18日から施行する。

5 本施行細則は、平成21年10月10日から施行する。

6 本施行細則は、平成23年5月21日から施行する。

7 本施行細則は、平成24年5月26日から施行する。

8 本施行細則は、平成25年5月16日から施行する。

9 本施行細則は、平成28年5月29日から施行する。

第13条で定める費用については平成29年4月1日より適用とする。

10 本施行細則は、令和3年5月27日から施行する。
なお、令和3年中における認定医の新規申請および更新に関しては従前の例による。

11 本施行細則は、令和4年5月13日から施行する。

— 一般社団法人日本口腔衛生学会専門医制度規則 —

(総 則)

第1条 この制度は公衆衛生に関する基本的理解に立脚し、多様な関係者と緊密に連携しながら、歯科公衆衛生活動を効果的に推進できる専門的知識・技術を有し、歯科保健医療制度の発展に寄与できる歯科医師を養成することにより、歯科口腔保健医療福祉の水準の向上と普及発展を図り、もって国民の健康と福祉の増進に寄与することを目的とする。

第2条 前条の目的を達成するため一般社団法人日本口腔衛生学会（以下「学会」という）は、一般社団法人日本口腔衛生学会認定 歯科公衆衛生専門医（英文表記は、Board Certified Dental Public Health Specialist とする。以下「専門医」という）を認定するとともに、本制度の実施に必要な事業を行う。

(専門医部会)

第3条 学会は、本制度を運営するために認定制度運営委員会専門医認定部会（以下「部会」という）を設置する。

第4条 部会は、次の事務を行う。

- (1) 第8条に定める専門医の資格条件等を定めること。
- (2) 専門医申請者（更新の申請も含む）に対して第10条及び第15条に定める審査認定を行うこと。
- (3) 第12条に定める専門医の登録及び認定証の交付を行うこと。
- (4) 第18条に定める専門医の資格喪失に対する審査と関連する事項を行うこと。
- (5) 第16条に定める研修会等の研修に関すること。
- (6) 学会指導医制度規則第4条、第17条及び第18条、並びに同施行細則第2条及び第3条に定める学会指導医並びに学会認定研修機関と関連する事項を行うこと。
- (7) その他学会理事長が認めた専門医制度の運営に必要な事項を行うこと。

第5条 委員会は、学会理事長が専門医のなかから委嘱する委員10名以内で構成する。

第6条 委員の任期は2年とし、再任を認める。

(専門医の資格及び審査)

第7条 専門医の資格を得ようとする者は、第8条に定める条件を満たし、学会が定める書類で申請し、部会が行う審査を受ける。

2. 審査の結果合格した者を、専門医と認定し、登録のうえ認定証を交付する。

第8条 以下の各号をすべて満たす者で、かつ、(4)

(6) (7) (8) の合計単位数が60単位以上を有する者は、専門医を申請できる。

- (1) 日本国歯科医師の免許を有する者。
- (2) 日本口腔衛生学会認定医を有する者。
- (3) 専門医の申請時において、学会会員であり、かつ、継続して5年以上の会員歴を有する者。
- (4) 歯科公衆衛生活動に関する経験を継続して5年以上有し、専門医制度施行細則（以下、「施行細則」という）第5条(1)に定める単位数25単位以上有する者。
- (5) 歯科公衆衛生活動に関する経験を通じて、施行細則第6条に定める地域または集団等の課題の把握・評価から対応策の企画・立案、実施、事後評価に至る経験事例を1例以上有する者。
- (6) 口腔衛生学（口腔保健学）に関連する保健活動あるいは臨床に関する研修会及び学会の参加経験を、施行細則第7条に定める単位数研修会参加10単位以上、学会参加10単位以上有する者。
- (7) 施行細則第8条に定める日本歯科専門医機構が認定する専門医共通研修の受講を10単位（機構が定める各研修項目毎に1単位以上を含む）以上有している者。
- (8) 口腔衛生学（口腔保健学）に関連する保健活動あるいは臨床に関する論文、報告等の公表経験を、施行細則第9条に定める単位数5単位以上有する者。
- (9) 一般社団法人日本口腔衛生学会指導医制度規則第17条の規定により認定された研修機関において、日本口腔衛生学会専門医研修プログラム基準で規定する専門医研修プログラムを修了した者。

第9条 専門医の資格を申請する者は、施行細則第15条に定める認定審査料を添え、次の各号に定める申請書類を学会に提出しなければならない。

- (1) 専門医申請書
- (2) 履歴書
- (3) 歯科医師免許証の写し
- (4) 日本口腔衛生学会認定医認定証の写し
- (5) 第8条(4) (6) (7) (8) に関する経験を証明する書類
- (6) 第8条(5)に規定する経験事例の概要
- (7) 第8条(9)に関する修了証明書（履修チェックリスト）

第10条 専門医の資格審査は、第8条の条件を満たし

ているか否か書類審査を行う。

2. 第8条の条件を満たしている者には、次の試験審査を行う。

(1) 地域歯科保健活動および口腔衛生学（口腔保健学）に関連する筆記試験

(2) 第8条（5）に関連するケースプレゼンテーション（1例）とこれに関連する口頭試問

3. 2項の審査は、部会委員の過半数が認めた場合に合格とする。

第11条 専門医と認められた者は、施行細則第15条に定める認定登録料を添え、学会に登録及び認定証の交付の申請を行わなければならない。

（専門医の登録、期間、更新）

第12条 認定証の交付申請者には、学会認定専門医として学会に登録のうえ認定証を交付する。また、口腔衛生学会雑誌に公告する。

第13条 専門医の登録期間は、認定した期日から5年間経過後の12月31日まで（認定期限）とする。ただし、出産等やむを得ない事由により、第14条第2項に規定する要件を満たすことが困難と部会が認めた者は、期限を定めて登録期間を延長することができる。

2. 前項の申出は、学会が定める様式により第14条に定める期限までに申し出るものとする。

第14条 登録期間以後も引き続き専門医を希望する者は、認定期限3か月前までに施行細則第15条に定める認定更新料を添えて更新の申請を行い、審査を受ける。

2. 更新の条件は、第8条の申請の条件と同様とするが、第8条（2）（5）（8）（9）は必須としない。また、第8条（6）の「学会参加10単位以上」は「学会参加5単位以上」と読み替え、同条（4）（6）（7）（8）の合計単位数は50単位以上を要件とする。なお、前回申請時より氏名・所属等の変更がない場合に限り、第9条（3）の提出を省略することができる。

第15条 審査のうえ、第14条第2項の条件を満たしている者には更新を認める。

（研修）

第16条 学会は、第1条の目的を達成するため、専門医の資格を得ようとする者及び専門医に対して、定期的に研修会を開催する等、研修の機会を設ける。

第17条 専門医の資格を得ようとする者及び専門医は、施行細則第16条に示す研修会及び本学会（一般社団法人日本口腔衛生学会関連の学会や研究会など（旧・地方会）を含む）等に積極的に参加し、口腔衛生学（口腔保健学）に関連する保健活動あるいは臨床の成果を

公表する。

（専門医の資格喪失）

第18条 専門医は、次の各号のいずれかに該当するときは、部会、理事会の議を経てその資格を失う。

(1) 本人が資格の辞退を申し出たとき。

(2) 日本国歯科医師免許を喪失したとき。

(3) 学会会員の資格を喪失したとき。

(4) 専門医の期限が終了したとき。

(5) 医事に関する不正その他の理由により専門医として不適当と認めたとき。

2. 部会が前項（5）の決定をしようとするときは、予め当該専門医から意見を聴取する機会を設けるものとする。

第19条 専門医の資格を喪失した者であっても、喪失の事由が消滅したときは再び専門医の資格を申請することができる。

（補則）

第20条 学会会員は、部会の決定に関する異議を学会理事長に申し立てることができる。

2. 学会理事長は、申し立て内容について理事会等で検討のうえ、当事者に回答を行う。

第21条 本規則の改廃は、理事会の議を経て、社員総会にて議決し、会員総会に報告する。

第22条 本規則の施行について必要な細則は別に定める。

附 則

1 本規則は、令和3年5月27日から施行する。

2 本規則の施行にあたり、暫定措置として期間を定め次のようにする。

(1) 令和4年の新規専門医が認定されるまで第5条の「専門医」は「指導医」、施行細則第2条第2項の「専門医から選出し、部会委員の半数程度は指導医とする。」は「指導医から選出する。」と読み替える。

(2) 当分の間、第8条（7）の規定は適用しない。これに伴い、第8条の「（4）（6）（7）（8）の合計単位数が60単位以上」は「（4）（6）（8）の合計単位数が50単位以上」、第9条（5）の「第8条（4）（6）（7）（8）」は「第8条（4）（6）（8）」、第14条第2項の「同条（4）（6）（7）（8）の合計単位数は50単位以上」は「同条（4）（6）（8）の合計単位数は40単位以上」と読み替える。

(3) 前号の改廃に伴う措置は理事会の議を経て別に定める。

(4) 令和3年1月1日時点で第8条の（1）から（3）および（5）の要件を満たす者は令和3年中に限り

第9条の専門医認定の申請ができる。申請期間・申請方法等は口腔衛生学会雑誌および学会HPで告知する。

(5) 前項の場合、第8条の「60単位以上」および同条(4)(6)(7)(8)(9)の規定は適用しない。

(6) 附則第2条(4)の場合、第9条(5)(7)の規定は適用せず、第10条第2項の規定に関わらず、第

9条(6)に規定する申請書類の書面審査により行う。

(7) 令和4年および令和5年中の申請における第8条(9)に定める研修機関における専門医研修プログラムの修了、および第9条(7)の申請書類については別に定める。

3 本規則は、令和4年5月13日から施行する。

— 一般社団法人日本口腔衛生学会専門医制度施行細則 —

(制定の主旨)

第1条 一般社団法人日本口腔衛生学会専門医制度規則(以下「規則」という)の施行にあたって、規則に定めた事項のほかは一般社団法人日本口腔衛生学会専門医制度施行細則にしたがって運営する。

(専門医認定部会)

第2条 専門医認定部会(以下「部会」という)の委員の委嘱は、保健活動領域と臨床領域を考慮して、また、歯科大学関係者、歯科保健行政関係者、歯科診療所関係者を考慮して行う。

2. 委員は専門医から選出し、部会委員の半数程度は指導医とする。

第3条 部会は、半数以上の委員の出席で会議を開催する。

2. 部会の議事は、規則で定めるほかは部会長を除く出席委員の過半数で決する。可否同数のときは部会長の決するところによる。

(認定単位の算定)

第4条 規則第8条(3)に定める会員の有無及び会員歴は、会費の納入年度をもって把握する。

第5条 規則第8条(4)に定める単位数の算定は、申請年度の4月1日より起算して過去5年間のものとし、以下の各号に従う。

(1) 歯科公衆衛生活動経験は、以下の経歴等それぞれを5単位とする。

a. 地域の行政へ委員等として1年間活動に参画し、住民の健康と福祉に貢献した経歴を有する。

b. 歯科医師会等の役員、委員として1年間地域保健に関する委員会の活動に参画し、住民の健康と福祉に貢献した経歴を有する。

c. 学校歯科医として1年間学校歯科保健活動に従事し、児童生徒の健康に貢献した経歴を有する。

d. 市町村、事業所等の歯科保健活動に1年間従事し、対象集団の健康に貢献した経歴を有する。

e. 保健所等歯科保健行政機関に1年間常勤し、住民

の健康と福祉に貢献した経歴を有する。

f. その他、地域または集団等を対象(臨床患者集団を含む)とした歯科保健活動へ継続的(概ね1年)に参画(助言指導を含む)した実績を有する。

第6条 規則第8条(5)に定める歯科公衆衛生活動に関する経験事例は、地域または集団等に対して行った歯科公衆衛生活動について、課題の把握・評価、対応策の企画・立案、実施、事後評価を行った経験事例の内容をレポートにまとめて提出する。当該経験事例には、臨床患者集団に行った課題把握・評価、対応策の企画・立案、介入(患者長期管理を含む)、事後評価を含む。

第7条 規則第8条(6)に定める単位数の算定は、申請年度の4月1日より起算して過去5年間のものとし、以下の各号に従う。ただし、同条(5)における「研修会参加」とは本条の(1)を、「学会参加」とは本条の(2)を指す。

(1) 研修会等に参加し研修を修了した者。

a. 一般社団法人日本口腔衛生学会が主催する認定研修会 1研修会につき10単位。

b. その他部会が認定する口腔衛生学(口腔保健学)関連の学術研修会等 1研修会につき1単位。

(2) 学会会員として以下の学会に参加した者。

a. 一般社団法人日本口腔衛生学会学術大会 1回5単位。

b. 一般社団法人日本口腔衛生学会関連の学会や研究会など(旧・地方会) 1回3単位。

c. その他部会が認定する口腔衛生学(口腔保健学)に関連する学会 1回3単位。

第8条 規則第8条(7)に定める単位数の算定は、申請年度の4月1日より起算して過去5年間のものとし、以下の各号に従う。

(1) 日本歯科専門医機構(以下「機構」という)が認定する専門医共通研修 1時間1単位。

(ただし、1日あたり2単位を上限とする。以下、

本条において同じ。)

(2) 日本口腔衛生学会が実施する機構認定専門医共通研修 1 時間 1 単位。

(3) その他の機構認定専門医共通研修 1 時間 1 単位。

第 9 条 規則第 8 条 (8) に定める単位数の算定は、申請年度の 4 月 1 日より起算して過去 5 年間のものとし、以下の各号に従う。新規認定申請時には、歯科公衆衛生活動 (臨床患者集団に対する者を含む) に関する (1) (2) (3) の公表のうち 1 つは筆頭著者または筆頭演者であるものを 5 単位以上含むこと。

(1) 研究論文、症例報告等を本学会誌あるいは部会が認定した雑誌等に公表した者。

a. 筆頭著者 1 論文 (報告) ごとに 10 単位。

b. 他の著者 1 論文 (報告) ごとに 5 単位。

(2) 部会が認定した総説 (共著書の一部を分担執筆を含む)、啓発・解説書を公表した者。

a. 単独執筆あるいは筆頭著者 1 論文ごとに 10 単位。

b. 共同執筆で筆頭著者以外の者 1 論文ごとに 5 単位。

(3) 日本学術会議協力学術研究団体において学術発表した者 (含む共同報告者)。

a. 一般社団法人日本口腔衛生学会 (一般社団法人日本口腔衛生学会関連の学会や研究会など (旧・地方会) を含む) における発表者 1 発表ごとに 5 単位。

b. a 以外の学会 1 発表ごとに 2 単位。

第 10 条 規則第 8 条 (4) の「継続して」の規定の適用に関し、出産等やむを得ない事由により規定する要件を満たすことが困難と部会が認めた者は、事前の申請に基づき、期限を定めて対象期間の延長または経験期間の通算を可能とすることができる。

2. 前項の申請は、学会が定める様式により認定申請 (更新を含む) の締切の 3 か月前までに申し出るものとする。

(申請書類)

第 11 条 認定申請書類のうち様式を定めるものは、様式に従う。

2. 規則第 8 条 (8) に該当する論文等は、別刷あるいは

は写しを 1 部添付する。

(認定審査等)

第 12 条 規則第 10 条で定める審査は、少なくとも年 1 回行う。審査の期日・場所等は開催日より 30 日以上前に本人に宛てて文書で通知する。

2. 規則第 10 条第 2 項に定める試験審査は、部会の複数の委員によって行う。

第 13 条 認定の審査は、部会の委員全員で行う。

2. 審査の結果は、理事会に報告し承諾を得、結果決定後 30 日以内に本人に宛てて文書で通知する。

第 14 条 審査の結果、専門医と認められた者は、規則第 11 条に定める手続きを結果決定後 3 か月以内に行う。正当な理由がなく 3 か月以内に行われない場合は、認定を取り消す。

(認定にかかる費用)

第 15 条 規則第 9 条、第 11 条及び第 14 条に定める費用は、以下の通りとする。

(1) 認定審査料 1 回 11,000 円

(2) 認定登録料 (認定証発行を含む) 初回登録時のみ 16,000 円

(3) 認定更新料 (認定証発行を含む) 1 回 16,000 円

2. 紛失・記載事項変更等により認定証再発行を希望する場合は、認定証再発行料 2,000 円を添えて申請書とともに学会理事長あてに申し込むものとする。

(研 修)

第 16 条 一般社団法人日本口腔衛生学会は、本施行細則第 7 条 (1) a に定める一般社団法人日本口腔衛生学会認定研修会等を少なくとも年 1 回開催する。

2. 開催にかかる費用は、研修参加者から受講料等として徴収できる。

(その他)

第 17 条 本施行細則の改廃は、理事会にて議決し、社員総会、会員総会に報告する。

附 則

1 本施行細則は、令和 3 年 5 月 27 日から施行する。

2 規則の施行にあたり、規則附則第 2 条に定める暫定措置は、本施行細則にも適用する。

3 本施行細則は、令和 4 年 5 月 13 日から施行する。

— 一般社団法人日本口腔衛生学会指導医制度規則 —

(総 則)

第1条 この制度は、一般社団法人日本口腔衛生学会指導医（英文標記は、Supervisor Accredited by the Japanese Society for Oral Healthとする。以下「指導医」という）が、一般社団法人日本口腔衛生学会（以下「学会」という）の定める学会認定医指導育成指針並びに学会専門医研修プログラム基準に基づき、学会認定医（以下「認定医」という）並びに学会認定 歯科公衆衛生専門医（以下「専門医」という）の指導・育成等を行うことにより、認定医並びに専門医の資質の向上を図るとともに、自らも予防歯科臨床および歯科公衆衛生活動の活性化に努め、指導者的役割を果たすことによって、国民の健康と福祉の増進に寄与することを目的とする。

第2条 前条の目的を達成するため学会は、指導医を認定するとともに、本制度の実施に必要な事業を行う。（指導医認定部会）

第3条 学会は、本制度を運営するために認定制度運営委員会指導医認定部会（以下「部会」という）を設置する。

第4条 部会は、指導医制度を運営するために次の事務を行う。

- (1) 第6条に定める指導医の資格条件等を定めること。
- (2) 指導医申請者（更新の申請も含む）に対して第6条及び第13条に定める審査認定を行うこと。
- (3) 第10条に定める指導医の登録及び認定証の交付を行うこと。
- (4) 第15条に定める指導医の資格喪失に対する審査と関連する事項を行うこと。
- (5) 第18条に定める研修機関の資格条件等を定めること。
- (6) 研修機関の申請（更新の申請も含む）に対して第17条第2項に定める審査認定を行うこと。
- (7) 第17条第4項に定める研修機関の登録及び認定証の交付を行うこと。
- (8) 第18条に定める研修機関の資格喪失に対する審査と関連する事項について行うこと。
- (9) その他学会理事長が認めた指導医制度の運営に必要な事項を行うこと。

(指導医の資格及び審査)

第5条 指導医は第6条に定める条件を満たし、学会が定める書類で申請の上、部会が行う審査を受ける。

2. 審査の結果合格した者を、指導医と認定し、登録のうえ指導医認定証を交付する。

3. 指導医の認定期間中にある者は同時に専門医とみなし、専門医認定証を交付する。

第6条 以下の各号をすべて満たす者で、かつ、(4) (5) (6) の合計単位数が119単位以上を有する者は、指導医を申請できる。

- (1) 日本国歯科医師の免許を有する者。
- (2) 指導医の申請時において、学会会員であり、かつ、継続して10年の会員歴を有する者。
- (3) 指導医の申請時において、学会専門医であり、かつ、5年以上の専門医歴を有する者。
- (4) 口腔衛生学に関連する予防歯科臨床または歯科公衆衛生活動に関する経験を、指導医必須単位10単位以上、一般社団法人日本口腔衛生学会認定医制度施行細則第5条に定める単位数25単位以上、合計35単位以上（60単位以内）有する者。
- (5) 口腔衛生学に関連する臨床または保健活動に関する研修会及び学会への参加経験を、指導医必須単位30単位以上、一般社団法人日本口腔衛生学会専門医制度施行細則第7条(1)(2)に定める単位数24単位以上、合計54単位以上有する者。
- (6) 口腔衛生学に関連する臨床または保健活動に関する研究論文等の学会雑誌への発表、学会での一般発表の経験を、指導医必須単位30単位以上有する者。
- (7) 一般社団法人日本口腔衛生学会専門医制度規則第8条(7)に定める日本歯科専門医機構が認定する専門医共通研修の受講を10単位（うち、医療倫理、医療安全、院内感染対策各1単位以上を含む）以上有する者。

第7条 指導医の資格を得ようとする者は、本施行細則第11条に定める認定審査料を添え、次の各号に定める申請書類を学会に提出しなければならない。

- (1) 指導医申請書
- (2) 履歴書
- (3) 歯科医師免許証の写し
- (4) 日本口腔衛生学会専門医認定証
- (5) 第6条(4)(5)(6)(7)に関する経験を証明する書類
- (6) 指導医による推薦書

第8条 指導医の資格審査は、第6条の条件を満たしているか否かについて書類審査を行う。

2. 第6条の条件を満たしている者には、第6条(4)

もしくは(6)に関連するケースプレゼンテーションとこれに関連する口頭試問を行う。

3. 2項の審査は、部会委員の過半数が認めた場合に合格とする。

第9条 指導医として適格であると認められた者は、本施行細則第11条に定める認定登録料を添え、学会に登録及び認定証の交付の申請を行わなければならない。

(指導医の登録、期間、更新)

第10条 指導医認定証の交付申請者には、指導医として学会に登録のうえ指導医認定証を交付し学会雑誌に公告する。

第11条 指導医の登録期間は、認定した期日から5年間経過後の12月31日まで(認定期限)とする。ただし、出産等やむを得ない事由により、第12条第2項に規定する要件を満たすことが困難と部会が認めた者は、期限を定めて登録期間を延長することができる。

2. 前項の申出は、学会が定める様式により第12条に定める期限までに申し出るものとする。

第12条 登録期間終了後も引き続き指導医を希望する者は、認定期限3か月前までに本施行細則第11条に定める認定更新料、ならびに指導医研修会受講修了証(写しでも可)を添えて更新の申請を行い、審査を受ける。

2. 更新の条件は、第6条の申請の条件と同様とするが、以下の事項を必須としない。また、第6条(6)で定める指導医必須単位30単位以上のうち、研究論文等に関する本施行細則第6条(3)の規定は、「口腔衛生学会雑誌への研究論文、症例報告等を1編(5単位)以上、かつ、口腔衛生学会雑誌または口腔衛生学会雑誌と同等レベル以上の学術雑誌への研究論文、症例報告等で筆頭著者または責任著者であるもの1編(10単位)以上を含むものとする」と読み替える。なお、前回申請時より氏名・所属等の変更がない場合に限り、第7条(3)の提出を省略することができる。

(1) 第6条(4)で定める一般社団法人日本口腔衛生学会認定医制度施行細則第5条に定める単位数25単位以上、合計35単位以上

(2) 第6条(5)で定める一般社団法人日本口腔衛生学会専門医制度施行細則第7条に定める単位数24単位以上、合計54単位以上

(4) 第6条(6)で定める指導医必須単位30単位以上のうち、本施行細則第6条(4)に定める単位数15単位以上

(5) 第7条(6)で定める指導医による推薦書

第13条 審査のうえ、第12条第2項の条件を満たしている者には更新を認め、第10条と第11条と同様に扱う。

(指導医の研修)

第14条 指導医は、学会専門医制度施行細則第16条に規定する研修会及び学術大会と一般社団法人日本口腔衛生学会に関連する学会や研究会など等に積極的に参加し、口腔衛生学に関連する研鑽及び保健活動あるいは臨床の成果を公表するよう努めなければならない。

2. 指導医は認定期間内において、指導医研修会に1回以上参加しなければならない。

(指導医の資格喪失)

第15条 指導医は、次の各号のいずれかに該当するときは、部会、理事会の議を経てその資格を失う。なお、指導医の資格を喪失した者はあわせて専門医の資格も失う。

(1) 本人が資格の辞退を申し出たとき。

(2) 日本国歯科医師免許を喪失したとき。

(3) 学会会員の資格を喪失したとき。

(4) 指導医の認定期限が終了したとき。

(5) 医事に関する不正その他の理由により指導医として不適当と認めたとき。

2. 部会が前項(5)の決定をしようとするときは、予め当該指導医から意見を聴取する機会を設けるものとする。

第16条 指導医の資格を喪失した者であっても、喪失の事由が消滅したときは再び指導医の資格を申請することができる。

(認定研修機関)

第17条 指導医が常勤している機関のうち、認定医並びに専門医の指導・育成等に相応しいものと学会より認定された機関を認定研修機関(英文標記は、Institution Accredited by the Japanese Society for Oral Healthとする。以下「研修機関」とする)という。

2. 研修機関の資格を得ようとする指導医は第18条に定める条件を満たし、学会が定める書類で研修機関の申請をし、部会が行う書類審査を受ける。

3. 審査の結果、合格と認められた機関は本施行細則第11条に定める研修機関登録料を添え、学会に登録及び認定証の交付の申請を行わなければならない。

4. 研修機関の登録及び認定証の交付申請機関には、研修機関として学会に登録のうえ、研修機関認定証を交付する。

5. 登録された研修機関は学会雑誌に公告する。

6. 研修機関の登録期間は認定した期日から5年経過

後の12月31日まで（認定期限）とする。

7. 登録期間終了後も引き続き研修機関の認定を希望する機関は、認定期限の3か月前までに本施行細則第11条に定める研修機関更新料を添えて更新の申請を行い、審査を受ける。

8. 更新の条件は第18条の申請の条件と同じとする。

9. 審査のうえ、第18条の条件を満たしている研修機関には更新を認め、第17条第3項から第7項と同様に扱う。

第18条 以下の各号の条件をすべて満たす機関を研修機関とするが、いずれかが欠格した場合は、部会、理事会の議を経て、その資格を失う。

(1) 指導医が常勤として1名以上所属していること。

(2) 認定医並びに専門医の指導・育成に相応しいスタッフ、規模、研修器材・資料等を備えている。

(3) 学会認定医指導育成指針に示す項目のうち、認定医の指導・育成に相応しい内容を指導できる。

(4) 学会専門医研修プログラム基準に沿った教育研修が実施され、その履修管理および評価が適切に行われていること。

(補 則)

第19条 学会会員は、部会の決定に関する異議を学会理事長に申し立てることができる。

2. 学会理事長は、申し立て内容について理事会等で検討のうえ、当事者に回答を行う。

第20条 本規則の改廃は、理事会の議を経て、社員総会にて議決し、会員総会に報告する。

第21条 本規則の施行について必要な細則は別に定める。

附 則

1 本規則は、平成16年9月18日から施行する。

2 本規則の施行にあたり、暫定措置期間及び暫定措置を次のように定める。

(1) 平成18年3月31日までの期間を暫定措置期間とする。

(2) 暫定措置期間においては、第6条の(3)に定める認定医歴が5年以上なくても、そのほかの資格条件を充足している者は指導医の申請ができ、部会で

審査するものとする。

(3) 暫定措置期間の申請については、第7条の(5)及び第8条の2を免除する。

3 本規則は、平成21年10月10日から施行する。

4 本規則は、平成23年5月21日から施行する。

5 本規則は、平成25年5月16日から施行する。本施行日以前に認定された「予防歯科指導医」ならびに「地域歯科保健指導医」は「日本口腔衛生学会指導医」として、「認定予防歯科医研修機関」ならびに「認定地域歯科保健医研修機関」は「日本口腔衛生学会認定医研修機関」として、それぞれ読み替えるものとする。

6 本規則は、平成26年5月30日から施行する。

7 本規則は、平成28年5月29日から施行する。

8 本規則は、令和3年5月27日から施行する。ただし、令和3年中における規則第5条に規定する指導医の新規申請および規則第17条に規定する認定研修機関の新規申請に関しては従前の例による。

9 本規則の施行にあたり、暫定措置として期間を定め次のようにする。

(1) 当分の間、第6条(7)の規定は適用しない。これに伴い、第7条(5)の「第6条(4)(5)(6)(7)」は「第6条(4)(5)(6)」と読み替える。

(2) 前号の改廃に伴う措置は理事会の議を経て別に定める。

(3) 令和3年1月1日時点で指導医である者および令和3年中に指導医を新規申請する者は令和3年中に限り、規則第6条から第8条の規定に関わらず、規則第7条(1)の指導医申請書を暫定措置に基づく申請書として提出することにより、規則第9条の登録及び認定証の交付を受けることができる。申請期間・申請方法等は口腔衛生学会雑誌および学会HPで告知する。

(4) 本規則の施行後、規則第5条に規定する指導医の新規申請に関し、下表左欄に示す期間の新規申請者については、各該当条項の読み換え前の条文をそれぞれ下表のとおり読み替える。

10 本規則は、令和4年5月13日から施行する。

該当条項		規則第6条(3)	施行細則第5条
読み替え前		「5年以上の専門医歴」	「専門医歴」
令和4～5年中の申請者	読み替え後	「専門医歴と認定医歴の合算が継続して5年以上」	「専門医歴および認定医歴」
令和6～8年中の申請者		「専門医歴2年以上、かつ専門医歴と認定医歴の合算が継続して5年以上」	「専門医歴および認定医歴」
令和9～11年中の申請者		「専門医歴4年以上、かつ専門医歴と認定医歴の合算が継続して5年以上」	

— 一般社団法人日本口腔衛生学会指導医制度施行細則—

(制定の主旨)

第1条 一般社団法人日本口腔衛生学会指導医制度規則(以下「規則」という)の施行にあたって、規則に定めた事項のほかは一般社団法人日本口腔衛生学会指導医制度施行細則にしたがって運営する。

(指導医認定部会)

第2条 指導医認定部会(以下「部会」という)の委員は指導医であり、保健活動領域と臨床領域を考慮して、歯科大学関係者、歯科保健行政関係者、歯科診療所関係者等から若干名を委嘱する。

2. 委員の任期は2年とし、再任を認める。

第3条 部会は、半数以上の委員の出席で会議を開催する。

2. 部会の議事は、規則で定めるほかは部会長を除く出席委員の過半数で決する。可否同数のときは、部会長の決するところによる。

(指導医認定単位の算定)

第4条 規則第6条(2)に定める会員の有無及び会員歴は、会費の納入年度をもって把握する。

第5条 規則第6条(3)に定める専門医の有無及び専門医歴は、日本口腔衛生学会に登録された専門医名簿をもって把握する。

第6条 規則第6条(4)から(6)に定める単位数の算定は、申請年度の4月1日より起算して過去5年間のものとし、指導医必須単位としては以下のとおりとする。

(1) 予防歯科臨床または歯科公衆衛生活動に関する経験を10単位以上とする。

a. 歯科大学・歯学部病院の相応しい診療科を担当する教授またはそれに準ずる者(准教授)は、機関における専門性の証明により10単位とする。

b. 歯科大学・歯学部の相応しい講座の教授またはそれに準ずる者(准教授)、あるいは国立保健医療科学院の部長またはそれに準ずる者(副部長)等、部会が適格と認めた者は、機関における専門性の証明により10単位とする。

c. 上記のaとb以外の指導医は、それぞれ患者集団への介入事例分析報告、または、歯科公衆衛生に関する活動事例報告を1事例につき5単位、2事例以上の詳細な説明資料を要する。

(2) 一般社団法人日本口腔衛生学会認定研修会への参加を2回以上の20単位以上、一般社団法人日本口腔衛生学会学術大会への参加を2回以上の10単位

以上とする。

(3) 規則第6条(6)に関し、口腔衛生学会雑誌または口腔衛生学会雑誌と同等レベル以上の学術雑誌への研究論文、症例報告等の発表を以下の区分に従い15単位以上を必須とする。うち、口腔衛生学会雑誌への予防歯科臨床または歯科公衆衛生活動に関連の深い研究論文、症例報告等を1編以上含むものとする。

a. 筆頭著者または責任著者 1論文(報告)ごとに10単位(1編以上必須)。

b. 他の著者 1論文(報告)ごとに5単位。

(4) 一般社団法人日本口腔衛生学会(一般社団法人日本口腔衛生学会関連の学会や研究会など(旧・地方会)を含む)における予防歯科臨床または歯科公衆衛生活動に関連の深い研究、活動事例報告等の一般発表5単位を3回以上の15単位以上とする。

2. このほか、指導医として必要な単位については、一般社団法人日本口腔衛生学会認定医制度施行細則第5条から第6条に定めるとおりとするが、申請年度の4月1日より起算して過去5年間の経験による単位とする。

(申請書類)

第7条 認定申請書類のうち様式を定めるものは、それぞれの様式に従う。

2. 規則第6条(6)に該当する論文等は、別刷あるいは写しを1部添付する。

(指導医認定審査等)

第8条 規則第8条に定める審査は、少なくとも年1回行う。審査の期日・場所等は開催日より30日以上前に本人に宛てて文書で通知する。

2. 規則第8条第2項に定める試験審査は、部会の複数の委員によって行う。

第9条 認定の審査は、部会の委員全員で行う。

2. 審査の結果は、理事会に報告し承諾を得、結果決定後30日以内に本人に宛てて文書で通知する。

第10条 審査の結果、指導医と認められた者は、規則第9条に定める手続きを結果決定後3か月以内に行う。正当な理由がなく3か月以内に行われない場合は、認定を取り消す。

(指導医認定等にかかる費用)

第11条 規則第9条、第12条及び第17条に定める費用は、以下のとおりとする。

(1) 認定審査料 1回 11,000円

(2) 認定登録料（認定証発行を含む） 初回登録時のみ 21,000 円

(3) 認定更新料（認定証発行を含む） 1 回 21,000 円

(4) 研修機関登録料（認定証発行を含む） 初回登録時のみ 11,000 円

(5) 研修機関更新料（認定証発行を含む） 1 回 11,000 円

2. 紛失・記載事項変更等により認定証再発行を希望する場合は、認定証再発行料 2,000 円を添えて申請書とともに学会理事長あてに申し込むものとする。

（指導医による研修機関での指導）

第 12 条 指導医は認定医並びに専門医の資格を得ようとする者、ならびに、指導を求める認定医並びに専門医に対し、規則第 17 条に定める認定研修機関において、一般社団法人日本口腔衛生学会認定医指導育成指針並びに日本口腔衛生学会専門医研修プログラム基準に基づき指導に努めなければならない。なお、認定医資格または専門医資格を得ようとする者には、指導医による指導・研修を必要とするが、必ずしも認定研修機関への近接性が得られないことを鑑み、遠隔の指導・研修を認めるものとする。

（その他）

第 13 条 本施行細則の改廃は、理事会にて議決し、社員総会、会員総会に報告する。

附 則

- 1 本施行細則は、平成 16 年 9 月 18 日から施行する。
- 2 規則の施行にあたり、規則附則第 2 条に定める暫定措置は、本施行細則にも適用する。
- 3 暫定措置期間の申請については、第 6 条の（2）に定める認定医研修会への参加が 2 回の者であっても指導医の申請ができ、部会で審査するものとする。
- 4 本施行細則は、平成 21 年 10 月 10 日から施行する。
- 5 本施行細則は、平成 23 年 5 月 21 日から施行する。
- 6 本施行細則は、平成 24 年 5 月 26 日から施行する。
- 7 本施行細則は、平成 25 年 5 月 16 日から施行する。
- 8 本施行細則は、平成 26 年 5 月 30 日から施行する。
- 9 本施行細則は、平成 28 年 5 月 29 日から施行する。
第 11 条で定める費用については平成 29 年 4 月 1 日より適用とする。
- 10 本施行細則は、令和 3 年 5 月 27 日から施行する。
規則附則第 9 条に定める暫定措置は、本施行細則にも適用する。
- 11 本施行細則は、令和 4 年 5 月 13 日から施行する。

— 一般社団法人日本口腔衛生学会認定歯科衛生士専門審査制度規則 —

(総則)

第1条 この制度は地域歯科保健及び口腔保健管理に関する専門的知識と技能及び経験を有する歯科衛生士を育成することにより、口腔保健に関連する保健医療福祉の水準の向上と普及発展を図り、もって国民の健康と福祉の増進に寄与することを目的とする。

第2条 前条の目的を達成するため一般社団法人日本口腔衛生学会（以下「学会」という）は、公益社団法人日本歯科衛生士会（以下「日本歯科衛生士会」という）認定歯科衛生士制度規則第14条二に基づく日本歯科衛生士会認定歯科衛生士（地域歯科保健または口腔保健管理）（以下「認定歯科衛生士」という）の専門審査のための制度（以下「本制度」という）を設け、本制度の実施に必要な事業を行う。

(認定歯科衛生士認定部会)

第3条 学会は、本制度を運営するために学会に認定制度運営委員会認定歯科衛生士認定部会（以下「部会」という）を設置する。

第4条 本制度の運営に関し、委員会は次の事務を行う。

- (1) 第8条に定める認定歯科衛生士の資格条件等を定めること。
- (2) 認定歯科衛生士申請者（更新の申請も含む）に対して第10条及び第15条に定める審査を行うこと。
- (3) 認定歯科衛生士の資格喪失に対する審査と関連する事項を行うこと。
- (4) 第16条に定める研修会等の研修に関すること。
- (5) その他、学会理事長が認めた本制度の運営に必要な事項を行う。

第5条 部会は、学会理事長が学会員のなかから委嘱する委員長および委員8名程度で構成する。

2 部長は認定医、専門医または認定歯科衛生士の資格を有する者とする。

第6条 委員（部長を含む）の任期は2年とし、再任を認める。

(認定歯科衛生士の専門審査)

第7条 認定歯科衛生士の資格を得ようとする者は、第8条に定める条件を満たし、学会が別に定める書類で申請し、部会が行う審査を受ける。

2 審査の結果合格した者につき、学会理事会の承認を経て、日本歯科衛生士会認定歯科衛生士委員会へ推薦する。

3 認定証には、申請書に記載された対象分野「地域歯科保健」または「口腔保健管理」の別を記載する。

第8条 以下の各号をすべて満たす者で、かつ、(3) (4)

(5) の合計単位数が35単位以上を有する者は、認定歯科衛生士を申請できる。

(1) 日本国歯科衛生士の免許を有する者。

(2) 認定歯科衛生士の申請時において、学会会員であり、かつ、通算して3年以上の学会会員歴を有する者。なお、認定歯科衛生士の登録申請時に日本歯科衛生士会の会員であることを要件とする。

(3) 地域歯科保健または口腔保健管理に関連する保健活動あるいは臨床に関する経験を、細則に定める単位数10単位以上有する者。

(4) 地域歯科保健または口腔保健管理に関連する保健活動あるいは臨床に関する研修及び学会の参加経験を、研修参加、学会参加、それぞれ細則に定める単位数5単位以上、かつ合計単位数15単位以上有する者。

(5) 地域歯科保健または口腔保健管理に関連する保健活動あるいは臨床に関する論文、報告等の公表等の経験を、細則に定める単位数2単位以上有する者。

第9条 認定歯科衛生士の資格を申請する者は、細則に定める認定審査料を添え、次の各号に定める申請書類を学会に提出しなければならない。

(1) 認定歯科衛生士申請書

(2) 履歴書

(3) 歯科衛生士免許証の写し

(4) 第8条(3) (4) (5) に関する経験を証明する書類

第10条 認定歯科衛生士の資格審査は、第8条の条件を満たしているか否かの書類審査を行う。

2 第8条の条件を満たしている者には、第8条(3)もしくは(5)に関連するケースプレゼンテーション、およびこれに関連する口頭試問による試験審査を行う。

3 2項の審査は、出席部会委員の過半数が認めた場合に合格とする。

(認定歯科衛生士の登録、期間、更新)

第11条 認定歯科衛生士の認定登録および認定証の交付は学会の推薦に基づき、日本歯科衛生士会が日本歯科衛生士会認定歯科衛生士制度規則等に即してこれを行う。

第12条 認定歯科衛生士登録者には、日本歯科衛生士会認定歯科衛生士（審査機関：一般社団法人日本口腔衛生学会）として登録のうえ認定証を交付する。また、口腔衛生学会雑誌、日本歯科衛生学会雑誌（および日

本口腔衛生学会ホームページ、日本歯科衛生士会ホームページ、日衛だより）に公告する。

第13条 認定歯科衛生士の登録日は専門審査（更新審査を含む）後、最初の4月1日付けとし、登録期間は、認定した期日から5年間とする。ただし、出産等やむを得ない事由により、第14条第2項に規定する要件を満たすことが困難と部会が認めた者は、期限を定めて登録期間を延長することができる。

2 前項の申出は学会が定める様式により第14条に定める期限までに申し出るものとする。

第14条 登録期間以後も引き続き認定を希望する者は、認定期限6か月前までに細則に定める認定更新料を添えて学会に更新の申請を行い、審査を受ける。

2 更新の条件は、第8条の申請の条件と同じとする。また、前回申請時より氏名・所属等の変更がない場合に限り、第9条（3）の提出を省略することができる。

第15条 審査のうえ、第8条の条件を満たしている者には更新を認め、学会理事会の承認を経て、日本歯科衛生士会認定歯科衛生士委員会へ推薦する。

（研修）

第16条 学会は、第1条の目的を達成するため、認定歯科衛生士の資格を得ようとする者及び認定歯科衛生士に対して、研修会を開催する等、研修の機会を設ける。ただし、認定医研修会と合同で行うことができる。

第17条 認定歯科衛生士の資格を得ようとする者及び認定歯科衛生士は、細則第11条に示す研修を積極的に受けるとともに学会（一般社団法人日本口腔衛生学会に関連する学会や研究会などを含む）等に積極的に参加し、口腔衛生学（口腔保健学）に関連する保健活動あるいは臨床の成果を公表する。

（認定歯科衛生士の資格喪失）

第18条 認定歯科衛生士は、次の各号のいずれかに該当するときは、部会、理事会の議を経てその資格を失う。学会における資格の喪失については、日本歯科衛生士会に報告する。

（1）本人が資格の辞退を申し出たとき。

（2）日本国歯科衛生士免許を喪失したとき。

（3）学会会員の資格を喪失したとき。

（4）認定歯科衛生士の期限が終了したとき。

（5）医事に関する不正その他の理由により認定歯科衛生士として不適当と認めたとき。

2 部会が前項（5）の決定をしようとするときは、予め当該認定歯科衛生士から意見を聴取する機会を設けるものとする。

第19条 認定歯科衛生士の資格を喪失した者であっても、喪失の事由が消滅したときは再び認定歯科衛生士の資格を申請することができる。

（補則）

第20条 学会会員は、部会の決定に関する異議を学会理事長に申し立てることができる。

2 学会理事長は、申し立て内容について理事会等で検討のうえ、当事者に回答を行う。

第21条 本規則の改廃は、理事会の議を経て、社員総会にて議決し、会員総会に報告する。

第22条 本規則の施行について必要な細則は別に定める。

附則

1 本規則は、平成22年10月7日から施行し、平成23年4月1日から適用する。

2 本規則の施行にあたり、暫定措置として期間を定め次のようにする。

（1）第5条に定める委員の委嘱は、平成24年度までは認定医および歯科衛生士である学会会員の中から行う。

（2）認定歯科衛生士の審査申請は平成23年4月1日から受け付ける。

（3）第16条に定める学会が行う研修は平成23年度から実施する。このため、第8条（4）については、平成24年度までは学会参加経験と研修参加経験の単位を区別せず15単位以上有する者とする

3 本規則は、平成25年5月16日から施行する。

4 本規則は、平成29年5月31日から施行する。

5 本規則は、令和5年5月19日から施行する。

6 本規則は、令和6年5月10日から施行する。

— 一般社団法人日本口腔衛生学会認定歯科衛生士専門審査制度施行細則 —

（制定の主旨）

第1条 一般社団法人日本口腔衛生学会認定歯科衛生士専門審査制度規則（以下「規則」という）の施行にあたって、規則に定めた事項のほかはこの細則にしたがって運営する。

（認定歯科衛生士認定部会）

第2条 認定歯科衛生士認定部会（以下「部会という」）委員の委嘱にあたっては、地域歯科保健活動領域と口腔保健管理領域、ならびに認定医、専門医または認定歯科衛生士を中心とした人選を考慮して行う。

2 部会委員の概ね半数以上は歯科衛生士とする。

第3条 部会は、半数以上の委員の出席で会議を開催する。

2 部会の議事は、規則で定めるほかは部会長を除く出席委員の過半数で決する。可否同数のときは部会長の決するところによる。

(認定単位の算定)

第4条 規則第8条(2)に定める会員の有無及び会員歴は、会費の納入年度をもって把握する。

第5条 規則第8条(3)に定める単位数の算定は、申請年度の4月1日より起算して過去10年間のものとし、以下の各号に従う。

(1) 歯科保健活動経験は、以下の経歴それぞれを10単位とする。ただし、保健所等歯科保健行政機関または企業・健保組合等の健康管理部門に3年以上常勤し、住民の健康と福祉に貢献した者については、a～cを総合して15単位とする。

a 地域の行政へ委員等として2年以上活動に参画し、住民の健康と福祉に貢献した経歴を有する。

b 歯科衛生士会等の役員、委員として2年以上地域保健に関する委員会の活動に参画し、住民の健康と福祉に貢献した経歴を有する。

c 市町村、学校、事業所等の歯科保健活動に2年以上従事し、対象集団の健康に貢献した経歴を有する。

(2) 口腔保健管理に関連する臨床経験は、原則として2年以上計画的に経過観察し、患者の健康に貢献した症例については症例1例を5単位とする。

(3) 歯科大学(大学歯学部を含む、以下同じ)、歯科衛生士養成機関等で口腔衛生学(口腔保健学)に関連する教育指導を受け持った経歴は、1年間あたり常勤者では5単位、非常勤者では年間を通じ1科目あたり2単位とする。

第6条 規則第8条(4)に定める単位数の算定は、申請年度の4月1日より起算して過去10年間のものとし、以下の各号に従う。ただし、同条(4)における「研修参加」とは本条の(1)を、「学会参加」とは本条の(2)を指す。

(1) 研修会等に参加し研修を修了した者。

a 一般社団法人日本口腔衛生学会が主催する認定研修会 1研修会につき10単位。

b 一般社団法人日本口腔衛生学会が主催する地域口腔保健実践者研修会 1研修会につき5単位。

c 一般社団法人日本口腔衛生学会または一般社団法人日本口腔衛生学会関連の学会や研究会(旧・地方会)など、日本歯科衛生士会および日本歯科衛生学会等が主催する口腔衛生学(口腔保健学)に関連する

学術研修会等 1研修会につき4単位。

d その他部会が認定する口腔衛生学(口腔保健学)に関連する学術研修会等 1研修会につき2単位。

e 歯科大学または歯科衛生士養成機関の口腔衛生学(口腔保健学)に関連する講座あるいは部会が認定する研究機関・研究会に定期的継続的に参加し研修した者。

(i) 大学院生等で常時研修した場合 1年間で10単位。

(ii) 月1回以上定期的に開催される研修に2年以上継続して参加した場合 1年間で5単位。

(iii) 国立保健医療科学院の研修課程を修了した場合 5単位

(2) 一般社団法人日本口腔衛生学会会員として以下の学会に参加した者。

a 一般社団法人日本口腔衛生学会(一般社団法人日本口腔衛生学会関連の学会や研究会(旧・地方会)などを含む) 1回5単位。

b 日本歯科医学会総会および日本歯科衛生学会学術大会 1回4単位。

c 部会が認定する口腔衛生学(口腔保健学)に関連する国際学会 1回4単位。

d その他委員会が認定する口腔衛生学(口腔保健学)に関連する学会 1回2単位。

第7条 規則第8条(5)に定める単位数の算定は、申請年度の4月1日より起算して過去10年間のものとし、以下の各号に従う。

(1) 研究論文、症例報告等を学会誌あるいは日本歯科衛生学会雑誌等の部会が認定した雑誌等に公表した者。

a 筆頭著者 1論文(報告)ごとに10単位。

b 他の著者 1論文(報告)ごとに5単位。

(2) 部会が認定した総説(共著書の一部を分担執筆を含む)、啓発・解説書を公表した者。

a 単独執筆あるいは筆頭著者 1論文ごとに10単位。

b 共同執筆で筆頭著者以外の者 1論文ごとに5単位。

(3) 一般社団法人日本口腔衛生学会(一般社団法人日本口腔衛生学会関連の学会や研究会(旧・地方会)などを含む)および日本歯科衛生学会学術大会で学会会員として学術発表した者。

a 発表者 1発表ごとに5単位。

b 共同報告者 1発表ごとに2単位

(4) 一般社団法人日本口腔衛生学会が行う歯科衛生士

研究活動支援事業に申請し、サポーティングメンバーの指導のもとで、研究活動を遂行中の者 3 単位。

(申請書類)

第 8 条 認定申請書類のうち様式を定めるものは、様式に従う。

2 規則第 8 条 (5) に該当する論文等は、別刷あるいは写しを添付する。

(認定審査等)

第 9 条 規則第 10 条で定める審査は、少なくとも年 1 回行う。ケースプレゼンテーション等による試験審査の期日・場所等は開催日より 30 日以上前に本人に宛てて文書で通知する。

2 規則第 10 条 2 項に定める試験審査は、認定医、専門医または認定歯科衛生士の資格を有する複数の部会委員によって行う。

(認定にかかる費用)

第 10 条 規則第 9 条、第 11 条及び第 14 条に定める費用は、以下の通りとする。

(1) 認定審査料 1 回 10,000 円

(2) 更新審査料 1 回 5,000 円

(研 修)

第 11 条 一般社団法人日本口腔衛生学会は、本施行細則第 7 条 (1) a に定める研修会等を少なくとも年 1 回開催する。

2 開催にかかる費用は、研修参加者から受講料等として徴収できる。

(その他)

第 12 条 本施行細則の改廃は、理事会において議決し、社員総会、会員総会に報告する。

附 則

1 本施行細則は、平成 22 年 10 月 7 日から施行し、平成 23 年 4 月 1 日から適用する。

2 規則の施行にあたり、規則附則第 2 条に定める暫定措置は、本施行細則にも適用する。

3 本施行細則は、平成 23 年 10 月 9 日から施行する。

4 本施行細則は、平成 25 年 5 月 16 日から施行する。

5 本施行細則は、平成 29 年 5 月 31 日から施行する。

6 本施行細則は、平成 30 年 5 月 18 日から施行する。

7 本施行細則は、令和 5 年 5 月 19 日から施行する。

— 一般社団法人日本口腔衛生学会認定地域口腔保健実践者制度規則 —

(総 則)

第1条 この制度は公衆衛生に関する基本的理解に立脚し、関係者と緊密に連携しながら、地域口腔保健活動を効果的に実践できる者を認定することにより、地域の実情に即した口腔保健活動を促進し、その推進基盤の拡充を図ることを目的とする。

第2条 前条の目的を達成するため一般社団法人日本口腔衛生学会（以下「本学会」という）は、一般社団法人日本口腔衛生学会認定 地域口腔保健実践者（英文標記：Accredited Community Oral Health Practitioner by the Japanese Society for Oral Health）（以下「実践者」という。）を認定するとともに、本制度の実施に必要な事業を行う。

（地域口腔保健実践者認定部会）

第3条 本学会は、本制度を運営するために認定制度運営委員会地域口腔保健実践者認定部会（以下、「部会」という）を設置する。

第4条 部会は、次の事務を行う。

- (1) 第8条に定める実践者の資格条件等を定めること。
- (2) 実践者認定申請者（更新の申請も含む）に対して第10及び第15条に定める審査認定を行うこと。
- (3) 第12条に定める実践者の登録及び認定証の交付を行うこと。
- (4) 実践者の資格喪失に対する審査と関連する事項を行うこと。
- (5) 第16条に定める研修会等に関すること。
- (6) その他本学会理事長が認めた実践者制度の運営に必要な事項。

第5条 部会委員は、本学会理事長が地域口腔保健委員会、その他関連する委員会等の委員のなかから委嘱する委員10名以内で構成する。

第6条 部会委員の任期は第5条に規定する各委員会等委員の任期と同一とし、再任を認める。

（実践者の認定審査）

第7条 実践者の認定を得ようとする者は、第8条に定める条件を満たし、本学会が定める書類で申請し、部会が行う審査を受ける。

2. 審査の結果合格した者を、実践者と認定し、登録のうえ認定証を交付する。

（申請資格）

第8条 実践者の認定申請ができる者は、以下の各号をすべて満たす者とする。

- (1) 申請時において、本学会会員（学生会員および賛助会員を除く）であり、かつ、継続して1年以上の会員歴を有する者
- (2) 地域または集団等の課題の把握・評価から対応策の企画・立案、実施、事後評価に至る経験事例を1例以上有すること。
- (3) 申請時点において、過去5年間のうちに本学会学術大会または研究会（旧地方会）への参加経験を1回以上有すること。
- (4) 申請時点において、過去5年間のうちに部会が認定する研修等を10単位以上受講していること。

第9条 実践者の認定を申請する者は、細則第9条に定める認定審査料を添え、次の各号に定める申請書類を本学会に提出しなければならない。

- (1) 実践者認定（更新）申請書
- (2) 履歴書
- (3) 第8条(2)に規定する経験事例の概要報告書
- (4) 第8条(3)(4)に関する経験を証明する書類

第10条 実践者の認定審査は、第8条の条件を満たしているか否か書類審査を行う。

2. 第8条の条件を満たしている者に対し、部会は第8条(2)に規定する経験事例に関する試問を行う。

3. 第9条(3)の概要報告書および前項の試問に対する回答内容により、部会委員の過半数が適当と認めた場合に合格とする。

第11条 実践者と認められた者は、細則第9条に定める認定登録料を添え、本学会に登録及び認定証の交付の申請を行わなければならない。

（実践者の登録、期間、更新）

第12条 認定証の交付申請者には、学会認定実践者として本学会に登録のうえ認定証を交付する。また、口腔衛生学会雑誌に公告する。

第13条 実践者の登録期間は、認定した期日から5年間経過後の12月31日までとする。ただし、出産等やむを得ない事由により、第14条第2項に規定する要件を満たすことが困難と部会が認めた者は、期限を定めて登録期間を延長することができる。

2 前項の申出は本学会が定める様式により第14条に定める期限までに申し出るものとする。

第14条 登録期間以後も引き続き実践者としての認定登録を希望する者は、認定期限3か月前までに細則第9条に定める認定更新料を添えて更新の申請を行い、審査を受ける。

2. 更新の条件は、第8条(3)(4)いずれかを満たしていることとする。更新の申請は第9条(1)(2)(4)によるものとするが、前回申請時より氏名・所属等の変更がない場合、第9条(2)の提出を省略することができる。

第15条 審査のうえ、第14条第2項の条件を満たしている者には更新を認める。

(研修)

第16条 本学会は、第1条の目的を達成するため、実践者の認定を得ようとする者及び実践者に対して、定期的に研修会を開催する等、研修の機会を設ける。

(学会参加・成果発表努力義務)

第17条 実践者の認定を得ようとする者及び実践者は、細則第5条(1)に示す研修会及び本学会(一般社団法人日本口腔衛生学会関連の学会や研究会など(旧・地方会)を含む)等に積極的に参加し、口腔衛生学(口腔保健学)に関連する保健活動の成果を公表するよう務めるものとする。

(実践者の資格喪失)

第18条 実践者は、次の各号のいずれかに該当するときは、部会、理事会の議を経てその資格を失う。

- (1) 本人が資格の辞退を申し出たとき。
- (2) 第8条(1)に規定する本学会会員の資格を喪失したとき。
- (3) 実践者の認定期限が終了したとき。
- (4) 医事に関する不正その他の理由により実践者とし

て不適当と認めたとき。

2 部会が前項(4)の決定をしようとするときは、予め当該実践者から意見を聴取する機会を設けるものとする。

第19条 実践者の認定を喪失した者であっても、喪失の事由が消滅したときは再び実践者の認定を申請することができる。

(補則)

第20条 学会会員は、部会の決定に関する異議を学会理事長に申し立てることができる。

2. 学会理事長は、申し立て内容について理事会等で検討のうえ、当事者に回答を行う。

第21条 本規則の改廃は、理事会の議を経て、社員総会にて議決し、会員総会に報告する。

第22条 本規則の施行について必要な細則は別に定める。

附 則

1 本規則は、令和3年5月27日から施行する。

2 本規則の施行にあたり、暫定措置として期間を定め次のようにする。

- (1) 実践者の認定申請は令和4年4月1日から受け付ける。
- (2) 細則第5条に定める研修は令和3年度から実施する。

3 本規則は、令和4年5月13日から施行する。

— 一般社団法人日本口腔衛生学会認定地域口腔保健実践者制度施行細則 —

(制定の主旨)

第1条 一般社団法人日本口腔衛生学会地域口腔保健実践者制度規則(以下「規則」という)の施行にあたって、規則に定める事項のほかは一般社団法人日本口腔衛生学会地域口腔保健実践者施行細則(以下「本施行規則」という)にしたがって運営する。

(地域口腔保健実践者認定部会)

第2条 地域口腔保健実践者認定部会(以下「部会」という)の委員の委嘱は、地域口腔保健活動の実践経験を考慮するとともに、大学関係者、行政関係者、歯科医師会等関係者の参画を考慮して行う。

第3条 部会の長は地域口腔保健委員会の委員長が兼務する。

2. 部会は、半数以上の委員の出席で成立する。
3. 部会の議事は、規則で定めるほかは部会長を除く出席委員の過半数で決する。可否同数のときは部会長

の決するところによる。

(認定単位の算定)

第4条 規則第8条に定める会員の有無及び会員歴は、会費の納入年度をもって把握する。

第5条 規則第8条(4)に定める単位数の算定は、以下の各号に従う。

- (1) 一般社団法人日本口腔衛生学会(以下、「本学会」という)が主催する地域口腔保健実践者研修会に参加し、修了した場合 1研修会につき5単位。
- (2) 前項の研修会を本学会が認めるe-learningシステム等で受講した場合 1受講につき5単位。
- (3) 前2項に規定する研修会の内容に関して提示された課題について、所定のレポートを提出し、部会が適当と認めた場合 1課題レポートにつき5単位。

(申請書類)

第6条 認定申請書類のうち様式を定めるものは、様式

に従う。

(認定審査等)

第7条 規則第10条で定める審査は、少なくとも年1回行う。

2. 審査の期日等は実施日より30日以上前に本人に宛てて文書または電磁的方法で通知する。

3. 規則第10条第2項に定める試問は規則第8条(2)に規定する経験事例に関して、文書または電磁的方法にて実施し、その評価をもって試問とする。

4. 前項に規定する試問は、部会の複数の委員によって行う。

5. 規則第10条第3項の認定審査は、部会の委員全員で行う。

6. 審査の結果は、理事会に報告し承諾を得、結果決定後30日以内に本人に宛てて文書または電磁的方法で通知する。

第8条 審査の結果、実践者と認められた者は、規則第11条に定める手続きを結果決定後3か月以内に行う。正当な理由がなく3か月以内に行われない場合は、認定を取り消す。

(認定にかかる費用)

第9条 規則第9条、第11条及び第14条に定める費用は、以下の通りとする。

(1) 認定審査料 1回 5,500円

(2) 認定登録料(認定証発行を含む) 初回登録時のみ 8,000円

(3) 認定更新料(認定証発行を含む) 1回 5,500円

2. 紛失・記載事項変更等により認定証再発行を希望する場合は、認定証再発行料2,000円を添えて申請書とともに本学会理事長あてに申し込むものとする。

(研修等)

第10条 本学会は、本施行細則第5条(1)に定める地域口腔保健実践者研修会を少なくとも年2回開催する。

2. 本施行細則第5条(1)から(3)にかかる費用は、参加者から受講料等として徴収できる。

(その他)

第11条 本施行細則の改廃は、理事会にて議決し、社員総会、会員総会に報告する。

附 則

1 本施行細則は、令和3年5月27日から施行する。

口腔衛生学会雑誌投稿規程（令和8年1月1日改正）

1. この規程は口腔衛生学会雑誌に掲載する原著(Original Article: 口腔衛生学上の新規性と独創性があり、かつ明確な結論と理論的考察を有した論文)、総説(Review Article: 複数の口腔衛生学に関わる文献や資料に基づいた総括的な論評)、論説(Special Article: 口腔衛生学の教育・研究・臨床および口腔衛生の活動・政策・動向などについての提言)、症例報告(Case Report: 口腔衛生・予防歯科に関する症例)または報告(Report: 口腔衛生に関する実践、活動、材料、技法および研究)および資料(Information: 口腔衛生学上有用なデータ)の投稿について規定する。本規程に記載されていない事項については、その都度、編集委員会で決定する。なお、講演集については別に定める。
 2. 投稿は本会会員に限る。共著者が会員でない場合は、その氏名を本会雑誌に発表できない。
 3. 本会雑誌に投稿する論文は、口腔衛生に関するものであって、他の雑誌に投稿や発表または大学の図書館リポジトリで公開していないものに限る。
 4. 原稿はメール投稿によって送付すること。投稿の要領については日本口腔衛生学会ホームページ(<http://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/>)を参照すること。
 5. 総説、原著、論説、報告および資料は、原則として刷り上がり10頁以内とする。
 6. 印刷に要した費用は、原則として著者負担とする。ただし、刷り上がり8頁までの印刷費の一部は学会が負担する。
 7. 論文の掲載はカテゴリーごと、かつ受理順とする。
 8. 原稿の書き方は次の要領による。
 - i) 原稿は和文または英文にする。
 - ii) 和文原稿は新かなづかい、ひらがな横書きとする。ワード・プロセッサ使用の場合は、A4判用紙に12ポイントの活字を用いて提出する(25字×30行、余白左30mm、右70mm、上下とも20mm)。英文原稿はA4判用紙にダブルスペースで12ポイントの活字を用いる(余白は和文原稿に同じ)。
 - iii) 表題、著者名、所属および必要があれば指導者名の順序に書き、本文は別葉から書き出す。
 - iv) 原稿の構成は原則として、はじめに(またはまえがき、緒言)、材料および方法(または対象および方法)、結果および考察とする。
 - v) (a) 本文が和文の場合: 概要(600字以内)と3～5語程度の索引用語をつける。英文の表題、著者名、所属(必要があれば指導者名)、Key wordsならびに英文抄録(500 words以内)をつける。ただし、症例報告、報告および資料はKey wordsならびに英文抄録を省略することができる。
(b) 本文が英文の場合: 英文抄録(300 words以内)と3～5単語程度のKey wordsをつける。和文表題、著者名、所属(必要があれば指導者名)、索引用語ならびに概要(1200字以内)をつける。
 - vi) 和文論文内の英文抄録、英文論文の本文、図表はネイティブチェックを受けておく。
 - vii) 本文の区分は次の通りとする。大見出しは上下1行あけ、中見出しは上のみ1行あける。小見出しは行をあけない。
 - viii) 度量衡単位は、g, mg, µg, m, cm, mm, cm², L, mL, µLなどを用いる。
 - ix) 図表の説明は原則として本文と同一の言語とし、図1、表1のように書く。また本文中の挿入箇所を本文原稿の該当部分の欄外に図1などと朱書きしておく。
 - x) 原稿の終わりの空欄に「著者への連絡先」として、代表者氏名・郵便番号・住所・電話番号・Fax番号・e-mailアドレスを入れる(和文と英文)。
 - xi) 文献はその引用箇所には引用順に番号を付し(例えば、奥村¹⁵⁾、...といわれる²⁰⁾、のように)、本文の末尾には番号順に次のように書き入れる。
 - a) 雑誌の場合
著者名(3名まで記載)、表題、雑誌名(略号でよいが、一般に認められているものとする)、巻、頁、年の順に書く。
例: 1) 安細敏弘, 浜崎朋子, 栗野秀慈ほか: 福岡県下80歳者の口腔内状況と運動機能の関連性について. 口腔衛生会誌 50: 783-789, 2000.
2) Wang J, Someya Y, Inaba D et al.: Investigation of mineral changes in subsurface enamel lesions using an electrical caries monitor *in vitro*. J Dent Hlth 50: 59-65, 2000.
 - b) 単行本の場合
著者名, 表題, 発行所, 発行地, 版, 年, 引用頁の順に書く。
例: 1) 中村四郎: 新口腔保健学, 医歯薬出版, 東京, 第1版, 2000, 167頁.
2) Miller JS: Gingivitis. In: Hine MK, Hay HC, editors. Preventive dentistry. Mosby Co., St. Louis, 2nd ed., 1999, pp. 98-102.
3) Robins SL, Matthews JB: 斎藤五郎(監訳): 衛生公衆衛生学, 南江堂, 東京, 1999, 255-291頁.
 - xii) インターネットウェブサイトから引用する場合、引用箇所には引用順に(*1のように)番号を付し、その頁の欄外に脚注としてそのアドレスを掲載する。
例: *1 World Health Organization: Continuous improvement of oral health in the 21st century, http://www.who.int/oral_health/en/ (2005年10月1日アクセス)。
 9. この投稿規程に当てはまらないもの、および国内外のたばこ製造に係る事業者またはその関連団体(喫煙科学研究財団など)から経済的支援を受けた研究結果はその内容のいかんを問わず受け付けない。
 10. 投稿論文の採否は、複数の査読委員の意見を考慮して、編集委員会が決定する。
 11. 受理された論文の著者校正は初校のみとする。
 12. 「会員の声」欄の投稿については第75巻1号を参照すること。
 13. 「論文奨励賞」については第63巻4号を参照すること。
 14. 掲載された論文の著作権の譲渡にあたって、承諾書は日本口腔衛生学会ホームページよりダウンロードし、署名、捺印(外国人については捺印は不要)を行い、投稿時に下記事務局宛に郵送する。本誌に掲載された著作権(著作財産権 copy right)は本学会に帰属するものとする。
 15. 本誌掲載の著作物の複写権、公衆送信権は本学会に帰属するものとする。
 16. 疫学研究、臨床研究および動物実験に関しては、倫理審査委員会等による審査を受け、投稿原稿の「材料と方法」の項にその旨を記載する。承認した倫理審査委員会の名称および承認番号を記載する。
 17. 利益相反(COI)の有無を本文中に記載する。また、投稿時にCOIの有無にかかわらず、筆頭著者・責任著者の2名(筆頭著者と責任著者が同一の場合は1名)は投稿日から過去1年におけるCOI自己申告書を提出する。さらに、筆頭著者・責任著者以外にCOIがある場合は、筆頭著者が取りまとめてCOI自己申告書を提出する。
- 承諾書送り先、および投稿全般に関する問合せ先:
〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 口腔保健協会内
日本口腔衛生学会編集事務局
電話: 03-3947-8894
メール: hensyu8@kokuhoken.or.jp

口腔衛生学会雑誌発行予定

1号(1月30日) 2号(4月30日) 3号(7月30日) 4号(10月30日) (講演集は増刊号)

編集後記

新年あけましておめでとうございます。皆様におかれましては、晴々しい気持ちで良き新年をお迎えのこととお慶び申し上げます。

さて、本号では、巻頭言、ミニレビュー2編、総説1編、原著3編、報告1編と盛りだくさんの内容が掲載されています。巻頭言では、鹿児島大学の玉木直文先生に「離島の現状と歯科医療」という地域特性を反映した題目でご執筆いただき、離島・へき地歯科医療について改めて考える機会を与えていただきました。ミニレビューでは、2025年度に日本口腔衛生学会学術賞“LION Award”を受賞された船原まどか先生と山中玲子先生に、その研究内容を紹介していただきました。総説では、口腔の健康と健康関連QOLとの関連に関するこれまでの知見を基に、歯科治療や歯科保健行動におけるPBMによる評価が不足していることが指摘されています。今後、この分野の研究が充実することを期待いたします。また、原著として、母親の妊娠期の歯周状態と子どもの3歳時のう蝕罹患との関連を検討したもの、歯

周疾患のセルフケアの有用性を検討したもの、歯科衛生学生の臨床実習ストレスが職業的アイデンティティに及ぼす影響を検討したものが、報告として、歯科医師による特殊健康診断に関する実態を調査したものが掲載されています。いずれも示唆に富んだ内容ですので、ご一読いただければ幸いです。

本号より、口腔衛生学会雑誌が電子ジャーナル化され、冊子体での発行は終了いたしました。慣れるまで少し違和感を覚えるかもしれませんが、今後は、是非電子版をご覧ください。学会誌は日本口腔衛生学会ウェブサイトにて閲覧できます。また、論文や委員会報告は引き続きJ-Stage、メディカルオンラインでも公開されています。なお、令和8年（2026年）第75回学術大会の抄録集は学会誌の特別号として冊子で発行されます。

最後になりますが、本年も引き続き皆様からのご投稿をお待ちしています。2026年が皆様にとって素晴らしい1年になりますように祈念いたします。

（永田 英樹 記）

LION

歯科用

※1
独自成分配合で、
フッ素滞留性が

※2
約3倍!

2024年
10月21日
改良新発売

根面のリスクをトータルでケアする う蝕予防ハミガキ

根面露出

イメージ図

薬用成分

フッ化ナトリウム

1450ppmF配合
う蝕を予防

薬用成分

硝酸カリウム

歯髄神経の興奮を鎮め、
知覚過敏症状の痛みの
伝達を抑制

根面のトータルケア

NaF

KNO₃

PCA

CPC

コーティング剤

ピロリドンカルボン酸

露出した象牙質表面の
コラーゲンをコーティング、
さらに、フッ素を長く留める

薬用成分

塩化セチルピリジニウム

口腔内の浮遊菌を殺菌し、
歯肉炎・口臭を予防

DENT.
Check-Up
rootcare α

露出した根面などをケア



コーティング成分PCA
(ピロリドンカルボン酸)
知覚過敏抑制成分硝酸カリウム配合

フッ素高滞留処方

薬用成分 NaF 1450ppmF

ジェル状ハミガキ

低発泡・低香味・研磨剤無配合

LION

Check-Up rootcare α

〔医薬部外品〕 チェックアップ ルートケア アルファ

販売名:チェック・アップRBA 内容量:90g メーカー希望患者様向け価格/個:950円(税抜) ※1 塩化カルシウム(安定剤)・無水ピロリン酸ナトリウム(清掃助剤) ※2 旧製品比較 データ:ライオン(株)研究所による牛歯根象牙質切片を用いたフッ素滞留量の定量実験 N=4 ●フッ化物高濃度配合品(1450ppmF)の6才未満への使用は控え、子供の手の届かない場所に保管してください。

ライオン歯科材株式会社

〒111-8644 東京都台東区蔵前 1-3-28 TEL.03(6739)9012

ライオン歯科材Q

<https://www.lion-dent.co.jp/>

詳細情報は
こちら ➡



株式会社モリタ

すこやかな毎日、
ゆたかな人生
Glico

MORITA

ガムトレーニングにも！

ボスカ・エフ
POs-Ca F
水溶性カルシウム〈POs-Ca〉+ 緑茶エキス 配合ガム

子供も大人も
ボスカ・エフで
お口すこやか！



かむたびに、カルシウムイオンと
フッ化物イオンがお口に広がる！

[種類] ペパーミント／マスケット／ストロベリー [標準価格] 各800円(税別)
[包装] パウチタイプ100g [患者参考価格] 各940円(税別)

●掲載商品の標準価格・患者参考価格は、2025年4月21日現在のものです。標準価格・患者参考価格には消費税は含まれておりません。
●仕様および外観は、製品改良のため予告なく変更することがありますので、予めご了承ください。●ご使用に際しましては、製品説明を必ずお読みください。

製造 江崎グリコ株式会社 大阪市西淀川区歌島4-6-5 〒565-8502 グリコお客様センター T 0120.917.111 (月～金9:00～17:00)
発売 株式会社 モリタ 大阪本社: 大阪府吹田市垂水町3-33-18 〒564-8650 T 06.6380.2525 東京本社: 東京都台東区上野2-11-15 〒110-8513 T 03.3834.6161
お問合せ お客様相談センター <歯科医療従事者様専用> T 0800.222.8020 (フリーコール)

www.dental-plaza.com

無料
WEBセミナー
受付中！



第二弾 演者発表！【早割申込】受付中

GC友の会70周年記念

第6回国際歯科シンポジウム

2026.10.3^{SAT}▷4^{SUN}

会場：東京国際フォーラム（東京都千代田区）

英知の結集

80億人の笑顔を育む歯科医療

Gather Knowledge, Create “8 billion” Smiles!



THE 6TH INTERNATIONAL DENTAL SYMPOSIUM



第6回国際歯科シンポジウム 特設サイト

最新情報は特設サイトおよびInstagramにて随時更新いたします。

<https://www.gc.dental/japan/6thsymposium>



More Speakers and Topics Coming Soon
演者・講演テーマは今後も随々発表予定！

※アルファベット順に掲載しています ※2025年10月時点の情報です

CONTENTS**MINI REVIEWS**

- Relationship Between Tongue Pressure and Salivary Bacteria in the Older Adults
Requiring Long-term Care
..... Madoka FUNAHARA (2)
- Perioperative Gum-chewing Training Prevents a Decrease in Tongue Pressure After
Esophagectomy in Thoracic Esophageal Cancer Patients: A Nonrandomized Trial
..... Reiko YAMANAKA (8)

REVIEW ARTICLE

- Association Between Oral Health and General Health-related Quality of Life
..... Manami HOSHI-HARADA, Taro KUSAMA,
Ken OSAKA and Kenji TAKEUCHI (15)

ORIGINAL ARTICLES

- Relationship Between Periodontal Condition during Pregnancy and Early Childhood Caries
at 3 Years Old
..... Manami TAKEICHI, Makoto FUKUI, Harumi SAKAMOTO,
Yuka SOGAWA, Masami YOSHIOKA and Daisuke HINODE (29)
- Self-check for Periodontal Disease with Additional Self-assessment of Periodontal Tissue
..... Ayuko ODAJIMA, Akihiro YOSHIHARA,
Kumiko MINAGAWA and Yuko HAYASHI (38)
- Effects of Clinical Practice Stressors on Professional Identity of Dental Hygiene Students:
Moderating Role of Resilience
..... Ayumi TAKAO and Yasumasa OTSUKA (45)

REPORT

- Survey on Special Health Checkups Conducted by Dentists Targeting Industry Groups
with Small and Medium-sized Manufacturing Companies
..... Takatoshi YONENAGA, Eriko YASUDA, Tetsuo YONENAGA,
Tetsuji AZUMA, Komei IWAI, Yasuyuki SASAI,
Koichiro TABATA and Takaaki TOMOFUJI (55)

目 次
CONTENTS

巻 頭 言

離島の現況と歯科診療

.....玉木直文.....(1)

ミニレビュー

要介護高齢者における舌圧と唾液中細菌との関連

.....船原まどか.....(2)

周術期ガムトレーニングは胸部食道がん術後の舌圧低下を予防する：非ランダム化試験

.....山中玲子.....(8)

総 説

口腔の健康と全身の健康関連 QOL の関連

.....原田真奈実, 草間太郎, 小坂 健, 竹内研時.....(15)

原 著

母親の妊娠期の歯周状態と児の 3 歳時におけるう蝕罹患との関連

.....武市真那実, 福井 誠, 坂本治美, 十川悠香, 吉岡昌美, 日野出大輔.....(29)

歯肉の自己観察判定を含む歯周疾患セルフチェックの有用性

.....小田島あゆ子, 葭原明弘, 皆川久美子, 林 悠子.....(38)

歯科衛生学生の臨床実習ストレスが職業的アイデンティティに及ぼす影響：

レジリエンスの調整効果

.....高尾あゆみ, 大塚泰正.....(45)

報 告

中小零細製造業が多い業界団体を対象にした歯科医師による特殊健康診断に関する実態調査

.....米永崇利, 安田恵理子, 米永哲朗, 東 哲司

岩井浩明, 笹井保之, 多畑昂一郎, 友藤孝明.....(55)

会員の声

児童生徒の歯肉にみられる着色の考察

.....佐藤正人.....(61)

一般社団法人日本口腔衛生学会認定医制度規則・施行細則.....(62)

一般社団法人日本口腔衛生学会専門医制度規則・施行細則.....(66)

一般社団法人日本口腔衛生学会指導医制度規則・施行細則.....(70)

一般社団法人日本口腔衛生学会認定歯科衛生士専門審査制度規則・施行細則.....(75)

一般社団法人日本口腔衛生学会認定地域口腔保健実践者制度規則・施行細則.....(79)

編集後記.....永田英樹.....(83)