口腔衛生会誌　J Dent Hlth 76: 304–314, 2026

原　著

歯科衛生士に求められるコンピテンシーの抽出および職域差の検討

大森　智栄　　小島　美樹　　丸山　直美　　永井るみこ

概要：本研究の目的は，歯科衛生士に求められるコンピテンシーを抽出し，その必要度の職域差を明らかにすることである．文献検討および既存の能力指標を基に 31 項目のコンピテンシーを抽出し，本学実習施設に勤務する歯科衛生士および歯科医師を対象に郵送法による質問紙調査を実施した．各項目の必要度を 5 段階リッカート尺度で評価し，有効回答 465 名を分析対象とした．コンピテンシー項目間の相関分析を踏まえて主成分分析を行った結果，「専門職実践基盤能力」「口腔健康管理実践能力」「歯科医療連携支援能力」「専門職役割遂行能力」の 4 主成分が抽出された．主成分得点を職域間で比較した結果，歯科診療所は病院と比較して「専門職実践基盤能力」（p=0.037）および「口腔健康管理実践能力」（p=0.006）が有意に高く，一方で病院は歯科診療所と比較して「歯科医療連携支援能力」（p=0.009）が有意に高かった．さらに職域内における一般・小児・矯正間の比較では，歯科診療所では「専門職役割遂行能力」（p=0.011）に，病院では同能力を除く 3 主成分において有意差が認められた．以上より，歯科衛生士のコンピテンシーは 4 主成分に整理され，その必要度は職域および専門診療科・病院種別により異なることが示された．本結果は，歯科衛生士の職域別コンピテンシーの構築や OBE 教育における導入を検討する際の基礎的知見を提供するものであるとともに，教育内容の最適化に資することが期待される．

索引用語：歯科衛生士，コンピテンシー，教育，職域拡大

口腔衛生会誌 76：304-314, 2026

（受付：令和 8 年 1 月 15 日／受理：令和 8 年 6 月 17 日）

緒　言

コンピテンシーとは，「高い業績を出す個人の行動特性」を指し[1]，医療専門職教育において重視されている．看護分野では，コンピテンシーモデルが開発され[2,3]，カリキュラムや教育プログラム策定の基盤として用いるコンピテンシー基盤型教育（Competency-based Education）が広く定着している[4,5]．また，医師[6]，歯科医師[7]，管理栄養士[8]においても，臨床能力評価や目標設定の指標として活用されている．歯科衛生士同様，文部科学省によるモデル・コア・カリキュラムをもたない理学療法士[9]では，職能団体によるモデル・コア・カリキュラム作成の参考として位置づけられている．加えて，看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士の養成課程学生を対象とした多職種連携教育の効果検討においても，コンピテンシーが評価指標として用いられている[10]．このように医学教育全体で，学習成果基盤型教育（Outcome Based Education: OBE）[11,12]の学習成果としてコンピテンシーを設定することが一般的となっている[13]．

歯科衛生士については，米国[*1]，カナダ[*2]，オーストラリア[*3]，中国[14]で，倫理観や臨床判断，エビデンスに基づく実践，コミュニケーション能力などを含む多面的なコンピテンシーモデルが開発されている．しかし，業務範囲が国によって異なるため，これらを本邦にそのまま適用することは難しい．国内では日本歯科衛生士会によるキャリアラダーが作成されているものの[*4]，臨床現場において専門職として業務を遂行するために求められる実践能力（コンピテンシー）に関する研究は十分と

梅花女子大学看護保健学部口腔保健学科

*1 AMERICAN DENTAL HYGIENISTS ASSOCIATION: Standards For Clinical Dental Hygiene Practice, https://www.adha.org/wp-content/uploads/2025/03/2025_Standards-of-Dental-Hygiene-Practice.pdf（2026 年 1 月 5 日アクセス）.

*2 Federation of Dental Hygiene Regulators of Canada: Entry-to-Practice Canadian Competencies for Dental Hygienists, https://cdho.org/wp-content/uploads/2023/08/Entry-to-Practice-Canadian-Competencies-for-DHs.pdf（2026 年 1 月 5 日アクセス）.

*3 Australian Dental Council: Professional competencies of the newly qualified dental practitioner, https://www.adc.org.au/files/accreditation/competencies/ADC_Professional_Competencies_of_the_Newly_Qualified_Dental_Practitioner.pdf（2026 年 1 月 5 日アクセス）.

*4 日本歯科衛生士会：歯科衛生士ラダー，https://www.jdha.or.jp/pdf/contents/info/20250218.pdf（2026 年 1 月 5 日アクセス）.

はいえず，日本における歯科衛生士のコンピテンシーは必ずしも明確化されていない．

近年の高齢化や全身疾患と口腔健康との関連性の高まりを背景に，歯科衛生士の需要は増加している[15,16]．就業者数の増加とともに，病院や保健所，介護施設など多様な職域へと活動の場が拡大しており[*5]，職域の違いは，求められるコンピテンシーにも影響を及ぼすと考えられる．看護分野では，職域別[17–19]・役割別[20,21]のコンピテンシーが示されている一方で，歯科衛生士においては職域間の差異に着目した検討は十分になされていない．

以上より，本研究の目的は，歯科衛生士のコンピテンシーを抽出し，その必要度の職域差を明らかにすることである．

対象および方法

1. 対象者

本学実習施設である歯科診療所（一般，小児，矯正），病院（医学部系附属，歯学部系附属，その他），社会福祉施設の計 98 施設に勤務する歯科衛生士と歯科医師 680 名を対象とした．478 名から返送があり，回収率は 75.2% であった．そのうちデータ欠損のない 465 名について分析した．

2. 方法

郵送法にて自記式質問票により，2023 年 6 月から 2024 年 3 月の期間で回答を得た．

コンピテンシーの抽出にあたっては，厚生労働省が提示する「就職基礎能力」，経済産業省が提唱する「社会人基礎力」，および文部科学省が各専攻分野を通じて育成する能力として示した「学士力」といった各省庁が開発した能力定義を参照した．加えて，全国歯科衛生士教育協議会による歯科衛生教育モデル・コア・カリキュラム，ならびに歯科衛生士の三大業務を基盤資料として用いた．さらに，学術論文の検索は，医学中央雑誌 Web および PubMed を用いて行い，検索対象期間は 2012 年から 2022 年までとした．検索語は「歯科衛生士」および「コンピテンシー」とし，PubMed では“Dental hygienist”および“Competency”を用いて検索を行った．文献の採択基準は，①歯科衛生士のコンピテンシーに関連する内容を扱っている研究，②査読付き学術論文であるもの，③日本語または英語で記載されているものとした．一方，除外基準は，①歯科衛生士以外の職種のみを対象とした研究，②会議録・解説記事・総説など原著研究ではない文献，③本研究の目的との関連性が低い文献とした．検索により得られた文献について，タイトルおよび抄録を確認し，採択基準および除外基準に基づいて文献の選定を行った．その後，本文を精読し，本研究の目的に適合する文献を最終的な分析対象とした．抽出されたすべてのコンピテンシーについて，同義または内容が重複する項目を統合・整理し，検討を行った．

コンピテンシー項目については，リッカート尺度を用いて，必要度を「1：全く必要でない」から「5：とても必要である」の 5 段階により調査した．

その他の調査項目は，経験年数，職域，職種とした．質問票調査の設問および選択肢は表 1 に示す．

3. 統計解析

各職域の職種割合および職域別・職種別に各コンピテンシーに対して「5：とても必要である」と回答した者の割合に差があるかを検定するために，χ^2 検定を用いた．コンピテンシー 31 項目と経験年数との関連を検討するため，Pearson の相関係数を用いて相関分析を行った．その結果，相関係数が 0.7 以上の強い相関関係をもつ項目を対象として主成分分析を実施した．主成分分析は，相関のある複数の変数に対して適用することで，それらに共通する構造を抽出し，少数の無相関な主成分へと集約する手法である[22,23]．そのため，相関の高い項目群を対象とすることで，冗長な情報を統合し，効率的な次元削減および潜在構造の把握が可能となる．なお，本研究では主成分の回転は行わなかった．主成分数の決定には，固有値 1.0 以上を基準とする方法が一般的に用いられる[24]．本研究では，固有値 1.0 以上に基づく 4 主成分を抽出したところ，累積寄与率が 76.2% であった．累積寄与率の基準については，分野やデータの特性に応じて 70～90% 程度を目安とすることが妥当であるとされている[25]．したがって，これらの基準を踏まえ，固有値 1.0 以上に基づく 4 主成分を採用した．その後，抽出された各成分の等分散性の検定を行った．職域差の分析をするために，各主成分における主成分得点を 3 職域間（歯科診療所，病院，社会福祉施設）で比較し，一元配置分散分析と多重比較を用いて有意差を検定した．多重比較については，等分散の主成分は Tukey 法を，不等分散の主成分は Games-Howell 法を用いた．その後，歯科診療所内の 3 職域間（一般，小児，矯正）および病院内の 3 職域間（医学部系附属，歯学部系附属，その他）において，同様に一元配置分散分析および多重比較を行った．解析にはソフトウエア（IBM SPSS Statistics version 26：日本 IBM，東京，日本）を用い，有意水準

[*5] 厚生労働省：令和 6 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/24/dl/kekka2.pdf（2026 年 1 月 5 日アクセス）．

表 1　質問項目および選択肢

質問項目	選択肢				
1 あなたの職種を次から選んでください.	① 歯科衛生士	② 歯科医師			
2 職種の経験年数はどのくらいの期間ですか？	（　　）年				
3 あなたの勤務施設（職域）を次から 1 つ選んでください.	① 歯科診療所（一般歯科）	② 歯科診療所（小児歯科）	③ 歯科診療所（矯正歯科）	④ 医学部系附属病院	⑤ 歯学部系附属病院
	⑥ ④, ⑤以外の病院	⑦ 社会福祉施設			
4 設問 3 で選択した職域で働く歯科衛生士に，以下のコンピテンシー項目がどの程度備わっている必要があると感じるかをお尋ねします．5 つの選択肢から，あなたが感じていることを最もよく表している番号を 1 つ選んでください.	① 全く必要でない	② あまり必要でない	③ どちらともいえない	④ やや必要である	⑤ とても必要である
歯科診療補助（知識）	歯科診療補助（技術）			歯科予防処置（知識）	
歯科予防処置（技術）	歯科保健指導（知識）			歯科保健指導（技術）	
コミュニケーション力	多職種連携力			患者（対象者・入所者）配慮	
ヘルスプロモーション	医療安全管理力（医療事故および感染対策）			社会的役割の理解	
組織的発展への視点	責任感			プロフェッショナリズム・専門力	
向上心・探求心	情報管理力			倫理観	
生涯学習力	リーダーシップ			主体性	
働きかけ力	実行力			情報収集力	
課題発見力	計画力			創造力	
批判的思考力	論理的思考力			科学的研究力	
基礎学力					

表 2　職域別職種別クロス集計表

		歯科衛生士 n=300	歯科医師 n=165	
		人数（%）	人数（%）	*p* 値*
歯科診療所		190（68.6）	87（31.4）	
病院		67（52.3）	61（47.7）	0.003
社会福祉施設		43（71.7）	17（28.3）	
歯科診療所	一般	126（68.5）	58（31.5）	
	小児	31（67.4）	15（32.6）	0.956
	矯正	33（70.2）	14（29.8）	
病院	医学部系附属病院	10（41.7）	14（58.3）	
	歯学部系附属病院	24（57.1）	18（42.9）	0.471
	その他の病院	33（53.2）	29（46.8）	

*χ^2 検定

を 5% とした.

なお，本研究は梅花女子大学研究倫理審査委員会の承認を得た後に行った（倫理審査番号 2022-0037）.

結　果

1. 対象者の属性

対象者の職域別職種別のクロス集計表を表 2 に示す. 対象者は歯科衛生士 300 名，歯科医師 165 名であった. 歯科診療所に勤務する者が最も多く，歯科衛生士では 190 名（68.6%），歯科医師では 87 名（31.4%）であり，一般・小児・矯正間の職種割合については有意差は認められなかった（p=0.956）. 病院勤務者は，歯科衛生士 67 名（52.3%），歯科医師 61 名（47.7%）とほぼ同程度であり，医学部系附属，歯学部系附属，およびその他で職種割合に有意な差はなかった（p=0.471）. 社会福祉施設では，歯科衛生士が 43 名（71.7%），歯科医師が 17 名（28.3%）であり，他の職域と比較して歯科衛生士の割合が高い傾向にあり，3 職域間で職種割合に有意な差があった（p=0.003）. 経験年数は，歯科衛生士が 12.1±10.1 年，歯科医師が 19.4±14.5 年で，歯科医師のほうが歯科衛生士よりも長い傾向がみられた.

2. 職域および職種別にみたコンピテンシー評価の群間比較

文部科学省作成の各専攻分野を通じて養う「学士力」12項目，経済産業省作成の「社会人基礎力」12項目，厚生労働省作成の「就職基礎能力」13項目，歯科衛生教育モデル・コア・カリキュラム内の「歯科衛生士として求められる基本的な資質・能力」8項目および歯科衛生士三大業務からコンピテンシー項目を抽出した．学術論文の文献検索の結果，医学中央雑誌では29件，PubMedでは85件の文献が抽出された．このうち，本研究の目的および内容に合致する文献は，PubMedにおいて7件であった．これらすべてから抽出されたコンピテンシーの総数は83項目であったが，同義語や内容の重複を整理・統合した結果，最終的に31項目に集約された（表2）．職域別・職種別に各コンピテンシーに対して「5：とても必要である」と回答した者の割合を示した（表3）．回答状況を比較した結果，有意差が認められた項目は，「歯科予防処置（知識）（p=0.013）」「歯科予防処置（技術）（p<0.001）」「歯科保健指導（知識）（p=0.007）」「歯科保健指導（技術）（p=0.001）」「多職種連携力（p=0.018）」「プロフェッショナリズム・専門力（p=0.044）」「情報管理力（p=0.008）」「課題発見力（p=0.047）」「論理的思考力（p=0.029）」であった．これらの項目では，特に歯科診療所に勤務する歯科衛生士および歯科医師において高い割合がみられる傾向があった．その他の項目については，職域および職種間で有意な差は認められなかった．

3. コンピテンシー項目間および経験年数との相関分析

コンピテンシー各項目間の相関分析の結果，多くの項目間で有意な正の相関が認められた（表4）．特に，同一領域内や類似の概念である項目間で強い相関がみられた．すなわち，「歯科診療補助（知識）」と「歯科診療補助（技術）」（r=0.713），「歯科予防処置（知識）」と「歯科予防処置（技術）」（r=0.824），「歯科保健指導（知識）」と「歯科保健指導（技術）」（r=0.787）において強い正の相関が確認された．また，思考力および実践力に関する項目間でも高い相関がみられ，「批判的思考力」と「論理的思考力」（r=0.804），「課題発見力」と「計画力」（r=0.768），「課題発見力」と「情報収集力」（r=0.773），「働きかけ力」と「実行力」（r=0.736）などにおいて強い正の相関が認められた．一方，経験年数と各コンピテンシー項目との関連については，ほとんどの項目で有意な相関は認められなかった．

4. 抽出された歯科衛生士のコンピテンシーにおける主成分

主成分分析の結果，固有値1.0以上の4主成分が抽出され，累積寄与率は76.2%であった．因子負荷量については0.4以上を実質的に意味のある水準と判断し[23]，各主成分における因子負荷量の分布（表5）に基づいて，以下のように解釈した．第1主成分は，「働きかけ力」「実行力」「情報収集力」「課題発見力」「計画力」「批判的思考力」「論理的思考力」などに高い因子負荷量を示し，さらに歯科診療補助や歯科保健指導などの専門的能力にも中程度の負荷を示した．これらは専門職としての実践を支える基盤的能力を包括的に反映していると考えられることから，「専門職実践基盤能力」と命名した．第2主成分は，「歯科予防処置（知識・技術）」および「歯科保健指導（知識・技術）」に高い因子負荷量を示し，口腔健康の維持・増進に直接関わる実践的能力を表していると考えられるため，「口腔健康管理実践能力」と命名した．第3主成分は，「歯科診療補助（知識・技術）」に加え，「社会的役割の理解」や「組織的発展への視点」に比較的高い因子負荷量を示した．これらは歯科医療チームの中での役割理解や他職種との連携を支える能力を反映していると解釈されることから，「歯科医療連携支援能力」と命名した．第4主成分は，「社会的役割の理解」および「組織的発展への視点」に加え，一部の専門的能力にも負荷を示しており，専門職としての役割認識や職務遂行に対する意識的側面を表すと考えられるため，「専門職役割遂行能力」と命名した．

5. 各職域で求められるコンピテンシー

3職域（歯科診療所・病院・社会福祉施設）における主成分得点を比較した結果（表6），「専門職実践基盤能力」「口腔健康管理実践能力」「歯科医療連携支援能力」において有意差が認められた．多重比較の結果，「専門職実践基盤能力」は歯科診療所が最も高く，病院と比較して有意に高値を示した（p=0.037）．「口腔健康管理実践能力」においても歯科診療所が病院と比較して有意に高かった（p=0.006）．一方，「歯科医療連携支援能力」は病院が歯科診療所と比較して有意に高値を示した（p=0.009）．

歯科診療所（一般・小児・矯正）における主成分得点を比較した結果（表7），「専門職役割遂行能力」において有意差が認められた（p=0.008）．多重比較の結果，一般歯科が小児歯科と比較して有意に高値を示した（p=0.011）．さらに，病院（医学部系附属・歯学部系附属･その他）における主成分得点を比較した結果（表8），「専門職実践基盤能力」「口腔健康管理実践能力」「歯科

表 3　職域別職種別回答状況の群間比較

	歯科診療所		病院		社会福祉施設		
	歯科衛生士 n=190	歯科医師 n=87	歯科衛生士 n=67	歯科医師 n=61	歯科衛生士 n=43	歯科医師 n=17	*p* 値*
歯科診療補助（知識）	148（77.9）	65（74.7）	46（68.7）	50（82.0）	33（76.7）	13（76.5）	0.601
歯科診療補助（技術）	145（76.3）	63（72.4）	46（75.4）	46（75.4）	33（76.7）	13（76.5）	0.267
歯科予防処置（知識）	169（88.9）	77（88.5）	48（71.6）	50（82.0）	37（86.0）	16（94.1）	0.013
歯科予防処置（技術）	166（87.4）	80（92.0）	47（70.1）	45（73.8）	38（88.4）	17（100.0）	<0.001
歯科指導指導（知識）	171（90.0）	81（93.1）	50（74.6）	50（82.0）	34（79.1）	14（82.4）	0.007
歯科保健指導（技術）	167（87.9）	80（92.0）	47（70.1）	45（73.8）	35（81.4）	14（82.4）	0.001
コミュニケーション力	158（83.2）	79（90.8）	55（82.1）	48（78.7）	33（76.7）	16（94.1）	0.195
多職種連携力	109（57.4）	46（52.9）	46（68.7）	46（75.4）	23（53.5）	7（41.2）	0.018
患者（対象者・入所者）配慮	165（86.8）	80（92.0）	60（89.6）	52（85.2）	35（81.4）	15（88.2）	0.597
ヘルスプロモーション	118（62.1）	59（67.8）	37（55.2）	40（65.6）	21（48.8）	9（52.9）	0.268
医療安全管理力（医療事故および感染対策）	161（84.7）	72（82.8）	57（85.1）	53（86.9）	33（76.7）	10（58.8）	0.090
社会的役割の理解	95（50.0）	52（59.8）	31（46.3）	37（60.7）	21（48.8）	9（52.9）	0.390
組織的発展への視点	96（50.5）	43（49.4）	30（44.8）	32（52.5）	19（44.2）	7（41.2）	0.881
責任感	156（82.1）	71（81.6）	53（79.1）	47（77.0）	35（81.4）	15（88.2）	0.909
プロフェッショナリズム・専門力	163（85.8）	76（87.4）	53（79.1）	47（77.0）	29（67.4）	13（76.5）	0.044
向上心・探求心	140（73.7）	65（74.7）	42（62.7）	40（65.6）	29（67.4）	11（64.7）	0.442
情報管理力	134（70.5）	44（50.6）	45（67.2）	35（57.4）	29（67.4）	7（41.2）	0.008
倫理観	131（68.9）	67（77.0）	42（62.7）	50（82.0）	25（58.1）	12（70.6）	0.053
生涯学習力	120（63.2）	55（63.2）	41（61.2）	45（73.8）	26（60.5）	8（47.1）	0.405
リーダーシップ	63（33.2）	28（32.2）	13（19.4）	23（37.7）	10（23.3）	6（35.5）	0.197
主体性	99（52.1）	50（57.5）	23（34.3）	35（57.4）	19（44.2）	8（47.1）	0.055
働きかけ力	108（56.8）	46（52.9）	27（40.3）	33（54.1）	20（46.5）	9（52.9）	0.296
実行力	122（64.2）	58（66.7）	31（46.3）	38（62.3）	23（53.5）	10（58.8）	0.103
情報収集力	131（68.9）	54（62.1）	36（53.7）	41（67.2）	26（60.5）	9（52.9）	0.250
課題発見力	127（66.8）	56（64.4）	32（47.8）	38（62.3）	22（51.2）	8（47.1）	0.047
計画力	115（60.5）	48（55.2）	32（47.8）	36（59.0）	22（51.2）	6（35.3）	0.220
創造力	88（46.3）	39（44.8）	20（29.9）	26（42.6）	20（46.5）	6（35.3）	0.276
批判的思考力	105（55.3）	43（49.4）	26（38.8）	29（47.5）	18（41.9）	7（41.2）	0.212
論理的思考力	113（59.5）	52（59.8）	26（38.8）	32（52.5）	19（44.2）	7（41.2）	0.029
科学的研究力	85（44.7）	34（39.1）	24（35.8）	27（44.3）	13（30.2）	5（29.4）	0.391
基礎学力	117（61.6）	39（44.8）	41（61.2）	34（55.7）	29（67.4）	9（52.9）	0.096

*χ^2 検定

医療連携支援能力」において有意差が認められた．多重比較の結果，「専門職実践基盤能力」は，医学部系附属がその他と比較して有意に高値を示した（p=0.031）．「口腔健康管理実践能力」は，歯学部系附属が医学部系附属およびその他と比較して有意に高値を示した（p=0.039, p=0.018）．また，「歯科医療連携支援能力」は，医学部系附属およびその他が歯学部系附属と比較して有意に高値を示した（p=0.043, p<0.001）．一方，「専門職役割遂行能力」については，病院種別間で有意差は認められなかった（p=0.807）．

考　察

本研究では，歯科衛生士に求められるコンピテンシーの構造を主成分分析により明らかにするとともに，職域ごとの必要度の違いを検討した．看護分野では，看護師自身や看護管理者による評価を基にコンピテンシーの整理が進められている[17–21]．一方，歯科医療においては，歯科衛生士の業務が歯科医師の指示のもとで行われることが多く，現状では歯科医師が管理的役割を担うことが多い点に特徴がある．このため，歯科衛生士のコンピテ

表 4　コンピテンシー項目および経験年数間の相関

	1	2	3	4	5	6	12	13	22	23	24	25	26	28	29
1. 歯科診療補助（知識）	1														
2. 歯科診療補助（技術）	**.713***	1													
3. 歯科予防処置（知識）	.452*	.373*	1												
4. 歯科予防処置（技術）	.370*	.390*	**.824***	1											
5. 歯科指導指導（知識）	.324*	.270*	.670*	.639*	1										
6. 歯科保健指導（技術）	.290*	.342*	.557*	.647	**.787***	1									
12. 社会的役割の理解	.325*	.248*	.244*	.174*	.207*	.201*	1								
13. 組織的発展への視点	.343*	.284*	.208*	.161*	.174*	.233*	**.753***	1							
22. 働きかけ力	.284*	.320*	.169*	.190*	.235*	.322*	.399*	.485*	1						
23. 実行力	.246*	.252*	.191*	.207*	.262*	.307*	.370*	.388*	**.736***	1					
24. 情報収集力	.182*	.230*	.127*	.181*	.248*	.313*	.359*	.371*	.583*	.613*	1				
25. 課題発見力	.237*	.227*	.229*	.223*	.255*	.300*	.366*	.403*	.534*	.583*	**.773***	1			
26. 計画力	.328*	.296*	.195*	.173*	.253*	.324*	.418*	.454*	.539*	.601*	**.724***	**.768***	1		
28. 批判的思考力	.278*	.194*	.184*	.193*	.258*	.302*	.471*	.504*	.537*	.530*	.627*	.631*	.629*	1	
29. 論理的思考力	.195*	.151*	.171*	.180*	.297*	.309*	.415*	.454*	.470*	.545*	.612*	.610*	.591*	**.804***	1

$^{*}p<0.01$

相関係数が 0.7 以上の組み合わせを持たなかった項目については表示を省略

太字：相関係数 0.7 以上を示す値

表 5　主成分分析の結果

項目	因子負荷量			
	第 1 主成分	第 2 主成分	第 3 主成分	第 4 主成分
歯科診療補助（知識）	0.525	0.360	0.566	−0.303
歯科診療補助（技術）	0.497	0.361	0.520	0.447
歯科予防処置（知識）	0.511	0.715	−0.057	0.116
歯科予防処置（技術）	0.509	0.714	−0.158	0.058
歯科保健指導（知識）	0.558	0.607	−0.321	0.150
歯科保健指導（技術）	0.602	0.533	−0.311	0.078
社会的役割の理解	0.610	−0.140	0.432	0.524
組織的発展への視点	0.642	−0.178	0.444	0.458
働きかけ力	0.722	−0.238	0.039	−0.156
実行力	0.730	−0.258	−0.102	−0.190
情報収集力	0.754	−0.350	−0.230	−0.192
課題発見力	0.770	−0.300	−0.199	−0.163
計画力	0.783	−0.296	−0.066	−0.177
批判的思考力	0.768	−0.316	−0.084	0.128
論理的思考力	0.733	−0.310	−0.189	0.149
固有値	6.454	2.603	1.354	1.015
寄与率（%）	43.0	17.4	9.0	6.8
累積寄与率（%）	43.0	60.4	69.4	76.2

表 6　3 職域（歯科診療所・病院・社会福祉施設）における主成分得点の比較

主成分	1 歯科診療所 n=277		2 病院 n=128		3 社会福祉施設 n=60		*p* 値*	post hoc†
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
専門職実践基盤能力	0.11	0.97	−0.16	1.03	−0.18	1.04	0.015	2<1
口腔健康管理実践能力	0.093	0.86	−0.23	1.07	0.071	1.33	0.008	2<1
歯科医療連携支援能力	−0.10	0.90	0.22	1.06	0.021	1.23	0.011	2>1
専門職役割遂行能力	−0.005	0.91	−0.031	1.09	0.088	1.17	0.742	

*一元配置分散分析，†Tukey 法 / Games-Howell 法

表 7　歯科診療所（一般・小児・矯正）における主成分得点の比較

主成分	1 一般 n=184		2 小児 n=46		3 矯正 n=47		*p* 値*	post hoc†
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
専門職実践基盤能力	0.11	0.96	0.19	0.85	0.03	1.09	0.740	
口腔健康管理実践能力	0.073	0.89	0.17	0.65	0.093	0.92	0.794	
歯科医療連携支援能力	−0.079	0.93	−0.17	0.76	−0.15	0.88	0.791	
専門職役割遂行能力	0.092	0.91	−0.37	0.96	−0.022	0.80	0.008	2<1

*一元配置分散分析，†Tukey 法 / Games-Howell 法

表 8　病院（医学部系附属・歯学部系附属・その他）における主成分得点の比較

主成分	1 医学部系附属 n=184		2 歯学部系附属 n=46		3 その他 n=47		*p* 値*	post hoc†
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
専門職実践基盤能力	0.25	0.92	−0.074	0.86	−0.37	1.13	0.034	3<1
口腔健康管理実践能力	−0.49	1.06	0.17	0.76	−0.41	1.19	0.011	1,3<2
歯科医療連携支援能力	0.29	0.96	−0.30	0.89	0.54	1.08	<0.001	2<1,3
専門職役割遂行能力	−0.15	0.72	−0.040	1.23	0.021	1.12	0.807	

*一元配置分散分析，†Tukey 法 / Games-Howell 法

ンシーを検討する際には，歯科衛生士自身の認識に加え，歯科医師の視点を含めた評価が有用である．また，看護分野では職域別・役割別のコンピテンシーが報告されているが[17–21]，歯科衛生士のコンピテンシー研究は看護分野と比べて蓄積が少なく，探索的段階にある．以上より，本研究は，歯科衛生士と歯科医師の双方の視点を取り入れ，コンピテンシーの構造化と職域差の同時検討を行った点に新規性を有する．

歯科衛生士のコンピテンシーに関する海外研究では，現職歯科衛生士に求められる能力は多面的である一方で，臨床実践，専門職性，技能，職業的資質といった主要なコンピテンシー領域に整理される傾向がある．中国のデルファイ研究[14]では「理論的知識」「専門的技術」「専門的能力」「職業的資質」の 4 領域に整理されており，米国の臨床実践基準においても，評価・診断・計画・実施・評価といった臨床プロセスに加え，専門職としての責務や倫理性，継続的能力開発が示されている[*1]．本研究で抽出された 4 つの主成分は，これら海外で示されている主要なコンピテンシー構造と対応関係を有している．すなわち，第 1 主成分「専門職実践基盤能力」は理論的知識および専門職性に，第 2 主成分「口腔健康管理実践能力」は臨床実践過程および専門的技能に対応する．また，第 3 主成分「歯科医療連携支援能力」は対人関係能力や多職種連携に，第 4 主成分「専門職役割遂行

能力」は職業的資質や専門職としての責務に対応している．一方で，これらの主成分は日本における歯科衛生士の実際の業務内容とも整合している．特に，第１主成分「専門職実践基盤能力」は，課題発見力や批判的思考力，計画力，実行力などから構成され，臨床における意思決定や問題解決を支える基盤的能力を示しており，日常診療における判断と実践を支える中核的役割を担う．専門職の能力は知識や技能に加え，状況に応じた判断と統合的実践を含むとされており[26]，医療職においても批判的思考や問題解決能力は実践能力の基盤として重要である[27]．第２主成分「口腔健康管理実践能力」は，歯科予防処置および歯科保健指導に関する知識・技術に高い負荷を示し，歯科衛生士の三大業務のうち予防処置および保健指導に直結する専門的実践能力である．歯科衛生士の専門性は口腔疾患の予防および健康支援にあり，臨床および地域保健の双方で重要な役割を担うことから，本主成分は日常業務に直結する中核的専門能力と位置づけられる．第３主成分「歯科医療連携支援能力」は，歯科診療補助に加え，社会的役割の理解や組織的視点を含み，多職種連携を支える能力を反映している．近年，医療においては多職種連携が重視されており[28]，歯科衛生士にも他職種と協働する能力が求められている[29,30]．さらに，第４主成分「専門職役割遂行能力」は，社会的役割の理解や組織的発展への視点など，専門職としての態度や価値観に関する側面を示し，倫理観や責任感といった要素が実践の質に影響することが指摘されている[26]．このように，本研究で抽出された主成分は，海外で示された理論的枠組みと対応するとともに，日本の歯科衛生士の実務に即した実践的構造としても妥当であると考えられる．また，主要な構成要素が４主成分に集約され，累積寄与率も十分に高かったことから，これらの成分は統計学的妥当性に加え，解釈可能性および実践への適用可能性の観点からも適切であるといえる．

本研究結果から，職域間の比較では職種構成に有意差が認められたものの，同一職種内においても職域によってコンピテンシー評価が異なる傾向がみられた．一方で，同一職域内では職種間の差は比較的小さかった．これらの結果は，コンピテンシーの差異が職種固有の特性ではなく，各職域における業務内容や役割の違いを反映したものであることを示唆する．主成分得点の比較においても職域による差異が確認され，歯科診療所では「専門職実践基盤能力」および「口腔健康管理実践能力」が高く，病院では「歯科医療連携支援能力」が高い傾向がみられた．歯科衛生士の専門性（professionalism）の認識は学歴や職域によって異なると報告されており[31]，本研究結果とも一致する．これらは，歯科診療所が実践志向の職域であり，病院が連携志向の職域であることを示しており，病院における周術期口腔機能管理や多職種連携の重要性を指摘する先行研究とも整合する[32,33]．次に，職域内の比較では，各施設の機能の違いに応じた特徴が認められた．病院内の比較では，「専門職実践基盤能力」が医学部系附属において高く，「口腔健康管理実践能力」は歯学部系附属において高く，「歯科医療連携支援能力」は医学部系附属およびその他で高い傾向がみられた．これは，医学部系附属およびその他では，多職種が関わる診療の中で医科・歯科連携を前提とした実践が求められることを反映していると考えられる．一方で，医学部系附属において「専門職実践基盤能力」がその他と比較して有意に高いのは，高度医療を担い，教育・研修機関としての役割も有する中で，専門性の高い判断力や責任ある対応が求められるため，当該能力がより高い水準で意識されていると考えられる．さらに，歯学部系附属では主体的な実践機会の多少にかかわらず，教育・研究機関としての特性上，口腔健康の維持・増進に直接関わる実践的能力が意識されやすいことを反映している可能性がある．また，歯科診療所内の診療科別比較では，「専門職役割遂行能力」のみ有意差が認められ，小児歯科では低い傾向がみられた．小児歯科では保護者の関与が大きく，歯科衛生士が主体的に役割を発揮する機会が制限される可能性がある．一方で，他のコンピテンシーには大きな差は認められず，共通した実践環境においては基本的能力構造は概ね共通していると考えられる．ただし，対象数の影響により統計学的検出力が十分でなかった可能性があり，今後の検討が必要である．以上の結果から，本研究は卒業時ではなく臨床現場で求められる実践的コンピテンシーに焦点を当てた点に意義がある．本調査では，実習受入施設に勤務する歯科医師および歯科衛生士を対象とし，現場における必要度を評価させることで実態を反映した結果を得た．これにより明らかとなった職域差は，卒前・卒後教育や人材育成において，職域特性に応じた教育設計の必要性を示唆するものである．

歯科衛生士養成課程は指定規則[*6]に基づいてカリキュラムが構成されているが，将来の職域を見据えた専門的教育は十分とはいえない．近年，Evidence-Based Dentistry や周術期口腔機能管理などの選択科目を導入

[*6] 厚生労働省：歯科衛生士学校養成所指定規則，https://www.kyu-dent.ac.jp/files/uploads/competencyoral.pdf（2026 年 1 月 5 日アクセス）．

する大学もみられるが[*7]，その整備は限定的である．本研究結果は，基礎的知識・技術に加え，学生の志向する職域に応じた選択科目や臨床実習の導入の必要性を示唆する．例えば，病院系では医療安全やチーム医療，福祉・行政系では保健政策や地域支援，マネジメントに関する学習機会の充実が有効である．さらに，他の医療職と同様に，コンピテンシーを OBE における学習成果として設定することで，より高度な専門性を有する歯科衛生士の育成が可能となる．その結果，各職域でのパフォーマンス向上に加え，就業先の約 90% が歯科診療所に集中している現状[*5] においても，就業機会の拡大や職域の多様化が期待される．一方，卒後教育では研修内容や体制が施設ごとに異なり，就業環境によって専門性の発揮に差が生じている．今後は，学会や職能団体を中心に，職域別コンピテンシーに基づく体系的かつ段階的な研修制度を構築し，卒後教育の標準化を進める必要がある．さらに，職域別コンピテンシーを反映した認定歯科衛生士制度の整備・拡充を図ることで，キャリアパスの明確化と専門性の向上に寄与すると考えられる．

本研究にはいくつかの限界がある．第一に，対象者は本学実習施設に勤務する歯科衛生士および他職種就業者に限定されており，全国の職域全体を網羅しているわけではないため，結果の一般化には慎重な解釈が求められる．第二に，本研究では主に自己評価に基づく質問紙調査を用いており，実際の業務遂行能力や他者評価との乖離が存在する可能性がある．第三に，本研究で主抽出されたコンピテンシー項目については，信頼性および妥当性の十分な検討が行われておらず，今後さらに検証する必要がある．第四に，本研究で抽出されたコンピテンシーが，実務上でどの程度発揮されているか，あるいはどの能力が実務上不足しているかを，観察評価や他者評価を通じて検証する必要がある．最後に，本研究では複数の項目に対して多重比較を実施していることから，一部の結果は偶然誤差（第 1 種の過誤）によって有意差が認められた可能性がある．したがって，結果の解釈には慎重さが求められる．

本研究により，歯科衛生士に求められるコンピテンシーには 4 主成分（専門職実践基盤能力，口腔健康管理実践能力，歯科医療連携支援能力，専門職役割遂行能力）が存在し，職域ごとにそれらの必要度が異なることが示された．本結果は，歯科衛生士の職域別コンピテンシーの構築や OBE 教育における導入を検討する際の基礎的知見を提供するものである．今後は，縦断的研究や他者評価を取り入れた検証研究を通して，本研究で示されたコンピテンシー構造の妥当性をさらに検討していく必要がある．

謝　辞

本研究は文部科学省科学研究費助成事業からの助成を受けて行われた（22K17277）．

稿を終えるにあたり，質問票回収にご協力いただいた本学実習施設に勤務されている皆様ならびにその他関係各位に感謝申し上げます．

文　献

1）McClelland DC: Testing for competence rather than for “intelligence”. Am Psychol 28: 1–14, 1973.
2）Kim YH: Job competency model of workplace health education of occupational health professionals in Korea. J Hum Ergol 47: 13–24, 2018.
3）早野貴美子，河原加代子：震災後超急性期の看護活動におけるチームワークの機能を高めるコンピテンシーモデルの開発．日災看学誌 15：37–50，2013.
4）河田萌生，江藤祥恵，川上千春ほか：事例動画を用いた老年看護学看護過程演習プログラムの作成―教育改革推進事業実践報告―．聖路加大紀要 9：45–50，2023.
5）谷川千佳子，片川俊太朗，並川聖子ほか：モデル・コア・カリキュラムとコアコンピテンシーから変化の時代に求められる看護学士課程における基礎看護技術教育を考える．旭川市大保健福研紀 1：71–76，2024.
6）田邊政裕：卒前・卒後の一貫した医師養成―アウトカム基盤型教育からの視点―．医学教育 52：305–311，2021.
7）藤井規孝，竹中彰治，多部田康一ほか：新潟大学歯学部臨床実習における臨床能力評価．日歯教誌 33：4–11，2017.
8）Tamaki S, Nishimura Y, Otaki N et al.: Assessing the competency scale for registered dietitians as a comprehensive evaluation tool: Examining curriculum progress over time. Prev Med Res 1: 55–63, 2024.
9）日高正巳：理学療法教育モデル・コア・カリキュラムに基づく IPE の実装，指定規則とカリキュラム設計の実際．保健医療福祉連携 15：98–101，2022.
10）常見　幸，紀平知樹：多職種連携教育による学生の意識の変化．兵庫医科大紀要 8：7–18，2020.
11）田邊政裕，朝比奈真由美，伊藤彰一ほか：千葉大学医学部における学習成果基盤型教育（Outcome Based Education）実質化―順次性のあるカリキュラム編成の工夫．医学教育 42：263–269，2011.
12）Harden RM, Crosby JR, Davis MH: AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1-An introduction to outcome-based education. Medical Teacher 21: 7–14, 1999.
13）田邊政裕：アウトカム基盤型教育の理論と実践．篠原出版新社，東京，2013，39–58 頁.
14）Jiang X, Deng Z, Wang F et al.: Construction of a compe-

[*7] 九州歯科大学：口腔保健学科カリキュラムマップ，https://www.kyu-dent.ac.jp/files/uploads/2.2025oralhealth_%20curriculummap.pdf（2026 年 1 月 5 日アクセス）．

tency framework of dental hygienists: A Delphi study. Nurse Educ Pract 70: 103692, 2023.
15）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.
16）Yoshimura Y, Shiraishi A, Tsuji Y et al.: Oral management and the role of dental hygienists in convalescent rehabilitation. Prog Rehabil Med 7: 20220019, 2022.
17）松本志保子，片山はるみ：回復期リハビリテーション看護に従事する看護師のコンピテンシー．日看管理会誌 21：17–29，2017.
18）鎌田裕子，片山はるみ：高齢者施設で働く看護師のコンピテンシー．日看管理会誌 24：133–140，2020.
19）河野啓子，工藤安史，後藤由紀ほか：産業看護職のコンピテンシー尺度の開発と信頼性・妥当性の検証．日産業看会誌 6：1–7，2019.
20）本村美和，川口孝泰：中規模病院の看護管理者におけるコンピテンシー評価尺度の開発．日看研会誌 36：61–70，2013.
21）大重育美，塩水絹子，坪井幸代ほか：看護師長の経験年数別によるコンピテンシーの比較．日看管理会誌 23：177–185，2019.
22）Jolliffe IT: Principal Component Analysis, Springer, New York, 2nd ed., 2002, pp. 1–6.
23）Hair JF, Black WC, Babin BJ et al.: Multivariate data analysis, Pearson Education Limited, London, 7th ed., 2010, pp. 89–91, 115–117.
24）田中　豊，脇本和昌：多変量統計解析法，現代数学社，京都，第 1 版，1983，53–84 頁.
25）Jolliffe IT: Principal component analysis, Springer, New York, 2nd ed., 2002, pp. 113.
26）Epstein RM, Hundert EM: Defining and assessing professional competence. JAMA 287: 226–235, 2002.
27）Fukada M: Nursing competency: Definition, structure and development. Yonago Acta Med 61: 1–7, 2018.
28）Reeves S, Pelone F, Harrison R et al.: Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev: CD000072, 2017.
29）金澤紀子：歯科衛生士の展望と課題―医療・介護との連携を目指して―．日補綴会誌 6：267–272，2014.
30）日高勝美：超高齢社会に求められる歯科衛生士のキャリア―教育・研究者の養成と業務のあり方を考える―．日補綴会誌 6：279–284，2014.
31）Nagatani Y, Imafuku R, Takemoto T et al.: Dental hygienists' perceptions of professionalism are multidimensional and context-dependent: A qualitative study in Japan. BMC Med Educ 17: 267, 2017.
32）坂本春生，唐木田一成，関谷　亮ほか：病院歯科における口腔ケアの現状とチーム医療の構築について．日クリニカルパス会誌 17：261–267，2015.
33）林　勝彦：耳鼻咽喉科領域における周術期口腔機能管理の現状と課題．耳鼻咽喉科展望 60：95–103，2017.

著者への連絡先：大森智栄　〒 567-8578　大阪府茨木市宿久庄 2 丁目 19-5　梅花女子大学看護保健学部口腔保健学科
TEL：072-643-6330　FAX：072-643-6331
E-mail：c-omori@baika.ac.jp

Dental Hygienists: Required Core Competencies and Occupational Differences

Chie OMORI, Miki OJIMA, Naomi MARUYAMA and Rumiko NAGAI

Department of Oral Health Sciences, Faculty of Nursing and Health Care, Baika Women's University

Abstract: This study was conducted to identify the competencies required of dental hygienists and examine differences in their perceived importance across professional settings. Based on a literature review and established frameworks, a total of 31 competency items were identified. A postal questionnaire survey targeting dental hygienists and dentists working at clinical training facilities affiliated with our institution was conducted. The degree of necessity of each competency item was evaluated using a five-point Likert scale, and a total of 465 valid responses were included in the analysis. Based on inter-item correlation analysis, principal component analysis was then performed, with four components identified: "Fundamental Professional Practice Competency," "Oral Health Management Competency," "Interprofessional Collaboration Support Competency in Dental Care," and "Professional Role Performance Competency." Comparisons of component scores between professional settings showed that dental clinics had significantly higher scores than hospitals for "Fundamental Professional Practice Competency" (p=0.037) and "Oral Health Management Competency" (p=0.006), whereas hospitals showed significantly higher scores for "Interprofessional Collaboration Support Competency in Dental Care" (p=0.009). Furthermore, within-setting comparisons among general dentistry, pediatric dentistry, and orthodontic practices revealed significant differences in "Professional Role Performance Competency" (p=0.011) in dental clinics, whereas significant differences were observed in the other three components in hospitals. These findings indicate that competencies for dental hygienists can be categorized into four principal domains, and that their perceived importance varies according to practice setting, dental specialty, and hospital type. These findings provide valuable fundamental insights into the development of setting-specific competency frameworks for dental hygienists and their integration into outcome-based education. Additionally, they are expected to contribute to improving educational content in dental hygiene programs.

J Dent Hlth 76: 304-314, 2026

Key words: **Dental hygienist, Competency, Education, Expansion of job categories**

Reprint requests *to* C. OMORI, Department of Oral Health Sciences, Faculty of Nursing and Health Care, Baika Women's University, 2-19-5, Syukunosyo, Ibaraki-city, Osaka, 567-8578, Japan

TEL: 072-643-6330/FAX: 072-643-6331/E-mail: c-omori@baika.ac.jp