

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握
および調査手法の改善のための研究

(23IA1012)

令和6年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 三浦 宏子

令和7年（2025）年3月

目次

I. 総括研究報告書

- 歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握および調査手法の改善のための研究……………1
三浦 宏子

II. 分担研究報告書

1. 全国調査に基づく介護老人保健施設での歯科保健サービス提供状況に関する分析……………11
三浦 宏子、村田 幸枝、秋野 憲一、山口 摂崇
2. 2022 年歯科疾患実態調査と国民生活基礎調査との個票データリンケージに基づく歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握と関連要因の分析およびその手法等の検証……………31
大島 克郎、三浦 宏子、村田 幸枝、福田 英輝、石塚 洋一、林田 尚斗
3. 令和4年歯科疾患実態調査における問診項目と歯科疾患との関連……………41
福田 英輝
4. 歯科診療所での患者を対象とした調査結果と歯科疾患実態調査との関連性に関する分析の追加実施……………51
石塚 洋一、大島 克郎、福田 英輝、三浦 宏子

III. 研究成果の刊行に関する一覧表……………63

歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握および調査手法の改善のための研究

研究代表者 三浦 宏子 北海道医療大学歯学部 教授

研究要旨

本年度の研究事業では、地域や社会的状況による歯科口腔保健の健康格差の実態を明らかにし、包括的かつ効率的な調査手法を検討することを目的として、以下の4つの研究を実施した。

1. 全国の介護老人保健施設（以下、老健施設と記載）から無作為に抽出した1,674施設を対象に郵送調査を行い、老健施設における歯科保健サービス提供状況に関する全国調査を行った。定期歯科健診実施率は22.6%にとどまり、歯科専門職の配置率は約30%であった。その一方、歯科専門職による歯科保健指導の実施率は42.7%に達していた。また、約87%の施設で日常的な口腔ケアは実施されていたが、提供サービスが入所者のニーズを十分満たせていないと感じる施設が2割程度存在し、歯科専門職との連携を促進させる支援体制の必要性が示唆された。
2. 2022年歯科疾患実態調査と国民生活基礎調査の個票データリンケージ分析では、両調査の個人データを照合することで20歳以上の1,981名の統合データを作成し、解析を行った。定期歯科健診受診者は56.0%、歯間清掃習慣を有する者は54.2%であり、20歯以上の自分の歯を有する者は68.3%であった。多変量解析の結果、定期的歯科健診や歯間清掃を実施している者は、都市部在住で等価家計支出が有意に高く、一般健診受診者が有意に多かった。
3. 2022年歯科疾患実態調査の問診項目と歯科疾患の関連分析では、20歳以上65歳未満の働く世代に着目し、自記式質問項目と臨床検査結果との関係を検討した。「歯や口の状態について気になることがある」と回答した者は、未処置う蝕および4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合がいずれも有意に高かった。特に「歯をみがくと血が出る」「噛めないものがある」「口が乾く」といった自覚症状は未処置う蝕の有無と有意に関連し、「歯ぐきが腫れている」「歯をみがくと血が出る」は歯周ポケットの有無と関連した。また、過去1年間に歯科健診を受診した者では、未処置う蝕および歯周ポケット有病者の割合がともに有意に低く、定期健診受診の有効性が示唆された。
4. 歯科診療所受診患者を対象とした調査（厚生労働科学特別研究事業22CA2030）での歯科診療所患者5,750名と2022年歯科疾患実態調査の結果を比較分析した。その結果、歯科診療所患者群では1人平均DMF歯数、処置歯数および現在歯数が有意に多く、根面齲歯数、喪失歯数および健全歯数が有意に少ないことが明らかとなった。歯科疾患実態調査の対象者と比較して歯科受診者では齲蝕経験歯数や処置歯数が多い一方、残存歯数も多い傾向が示された。未処置歯数は両群間で有意差がみられず、両調査で共通した傾向を示す項目も認められた。

これらの4つの研究結果によって、老健施設での歯科口腔保健サービス提供の格差の現状を把握するとともに、リンケージ分析によって全国レベルで歯・口腔の健康格差と社会的決定要因との関連性が確認できた。歯科疾患実態調査での問診項目の活用は、歯科疾患の有病状況の把握にも一定の役割を果たすことが示唆された。加えて、歯科診療所での受診者データは、一般住民の状況にある程度推し量ることが可能であることが示唆された。これらの知見は、歯科口腔保健の基本的事項（第二次）を推進するための調査手法の改善に資するものと考えられた。併せて、本研究で得られた介護老人保健施設での歯科口腔保健サービスの提供状況の全国値は、歯科口腔保健の基本的事項（第二次）でのベースライン値として活用されることが期待される。

研究組織 (50 音順)

研究代表者 三浦 宏子 (北海道医療大学歯学部 教授)
研究分担者 大島 克郎 (日本歯科大学東京短期大学 教授)
福田 英輝 (国立保健医療科学院 統括研究官)
村田 幸枝 (北海道医療大学歯学部 講師)
研究協力者 秋野 憲一 (札幌市保健福祉部ウェルネス推進部 歯科保健担当部長)
石塚 洋一 (東京歯科大学 准教授)
山口 摂崇 (札幌市保健福祉部ウェルネス推進部 歯科医師)

A. 研究目的

近年、地域や社会経済的状況による歯科口腔保健の格差が懸念されており、その是正と「誰一人取り残さない」歯科口腔保健体制の整備が重要な課題となっている。特に障害者や要介護高齢者など支援が必要な人々は、歯・口腔の健康状態が不良となりやすく、十分な歯科保健医療サービスを受けられないことで健康格差が生じるリスクが高い。こうした健康格差の実態を正確に把握し、是正に向けたエビデンスを構築することが求められている。さらに、そのための調査基盤にも課題がある。1957 年から概ね 6 年ごとに実施されてきた全国規模の歯科疾患実態調査は、我が国における歯科口腔保健の現状を示す基盤データとして重要であるが、調査参加者数は第 1 回 (1957 年) の 30,504 人から、第 12 回 (2022 年) の 2,709 人へと大幅に減少している。また、第 12 回調査は新型コロナウイルス感染症の影響で延期となり、歯科口腔保健施策の評価指標への活用が困難となる事態も生じた。今後、感染症流行時でも継続可能な調査手法の確立や、公衆衛生統計データの有効活用による効率的な情報収集が求められる。以上の背景を踏まえ、本研究では「歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握および調査手法の改善」をテーマとし、以下のような複数の観点から研究を行った。

第一に、介護老人保健施設 (老健施設) に着目し、施設で提供される歯科保健サービスの現状を把握して課題を明らかにする。第二に、国民を対象とする大規模統計調査データの活用として、歯科疾患実態調査と国民生活基礎調査の個票データをリンクさせ、口腔の健康状態・行動と社会経済的要因との関連を分析する。第三に、歯科疾患実態調査の調査手法の検証として、同調査の問診票に含まれる自覚症状や受診行動に関する項目が実際の疾患有無とどう関連するかを解析し、質問項目の有用性を評価する。第四に、歯科疾患実態調査の代替手法の検討として、歯科診療所における患者での調査データを活用し、全国調査との比較を通じて歯科診療所ベースの調査手法の可能性を検討する。

本年度の研究では、これら 4 つのサブ研究の成果を統合し、歯科口腔保健分野における健康格差の縮小に資するエビデンスの創出と、調査手法の改善に向けた提言を行うことを最終的な目的とした。

B. 研究方法

研究課題ごとに、以下に研究方法を示す。

1. 介護老人保健施設における歯科保健サービス提供状況の全国調査

全国に 4,181 ある老健施設のうち、無作為抽出した 40% 相当の 1,674 施設を対象として、郵送による自記式質問紙調査を 2024 年 10 月～11 月に実施した。質問紙では、施設入所者数や要介護度構成などの基本属性、歯科医師・歯科衛生士の配置状況、歯科健診や歯科保健指導の実施状況、施設職員による口腔ケアの実施状況、口腔衛生管理加算の算定状況等について設問を設けた。有効回答は 300 施設 (回収率 18.0%) で、主に記述統計により現状を分析した。

2. 2022 年歯科疾患実態調査と国民生活基礎調査のデータリンケージ分析

歯科疾患実態調査 (2022 年) と国民生活基礎調査 (2022 年) の個票データについて、統計法に基づき厚生労働省より提供を受け、匿名化されたデータのレコードリンケージを実施した。リンケージできた対象は 2,239 人 (リンケージ率 82.7%) であった。口腔内検査結果と世帯構成・所得、通院状況、健康

診断受診状況、生活習慣などの変数を統合データ上で照合し、20 歳以上の 1,981 人を対象に解析を行った。分析では、歯科健診受診の有無、歯間清掃習慣、現在歯数などの歯科口腔保健指標と、居住地、等価可処分所得、他の医療・保健行動等との関連を、単変量および多変量解析（修正ポアソン回帰、負の二項回帰）により評価した。

3. 2022 年歯科疾患実態調査の問診項目と歯科疾患との関連分析

2022 年歯科疾患実態調査の調査票情報を二次データとして入手し、特に成人期（20 歳以上 65 歳未満）のデータを用いて、問診項目と口腔内検査結果との関連を分析した。対象とした問診項目は、自覚症状に関する「歯や口の状態について気になることがありますか？」および具体的な症状項目（例：歯がしみる、歯ぐきが腫れている、噛めないものがある、など）、ならびに「過去 1 年間に歯科健診を受けましたか？」である。口腔内検査結果からは歯の有無（未処置のう蝕の本数）および歯周疾患の指標（4 mm 以上の歯周ポケットの有無）を抽出し、各問診項目の回答別にそれらの有病者割合を算出した。統計学的検定にはフィッシャーの正確確率検定を用い、各質問への回答と疾患有無との関連の有意性を評価した。

4. 歯科診療所受診患者調査と歯科疾患実態調査結果の比較

2022 年 11 月に実施された厚生労働科学特別研究事業（研究番号 22CA2030）の一環で、全国 8 道府県 16 地域の歯科診療所において歯科疾患実態調査と同様の方法・項目で収集された歯科診療所患者調査データを活用した。当該調査は 20 歳以上 84 歳までの患者 5,750 名を対象に口腔検査と質問票調査を行った。この歯科診療所患者調査と 2022 年歯科疾患実態調査の結果をそれぞれ独立した 2 群とみなし、1 人あたり平均 DMF 歯数、未処置歯数、処置歯数、喪失歯数、現在歯数、健全歯数、根面う蝕歯数について群間比較を行った。統計解析には対応のない t 検定を用い、有意水準を 5%未満とした。両調査の比較により、歯科診療所を通じたサーベイランス手法が全国調査の代替・補完となり得るか検証した。

（倫理面への配慮）

調査実施に先立ち、研究代表者の所属機関である北海道医療大学歯学部の研究倫理審査委員会に申請を行い、研究計画について承認を得た（承認番号：第 259 号）。併せて、研究分担者の福田が在籍する国立保健医療科学院においても、歯科疾患実態調査の個票データ入手に際して倫理審査委員会の承認を得て実施した（NIPH-IBRA #24031）。

C. 研究結果

1. 介護老人保健施設における歯科保健サービス提供状況の全国調査

全国老健施設調査の結果、回答施設の 22.6%で年 1 回以上の定期歯科健診が実施されていた。また、歯科専門職による定期的な歯科保健指導を行っている施設は 42.7%であった。施設職員による日常的な口腔ケアについては、87%の施設で何らかの形で実施されており、特に「義歯の定期洗浄（洗浄剤使用）」や「食後の歯磨き時間の確保」が多くの施設で取り組まれていた。歯科衛生士の配置率は約 30%、歯科医師を何らかの形で配置している施設は約 11%にとどまった。また、提供している歯科保健サービスが入所者のニーズを満たしているかどうかについて、相対的に否定的な意見であった施設が約 2 割だった。さらに、介護報酬上の口腔衛生管理加算の算定状況を見ると、約半数の施設が当該加算を算定していなかった。その主な理由として「施設に歯科専門職がいないため算定要件を満たせない」が挙げられていた。以上より、老健施設入所者に対する歯科口腔保健サービス提供体制は、定期健診の低実施率や専門職配置の不足といった課題を抱えていることが示された。

2. 2022 年歯科疾患実態調査と国民生活基礎調査のデータリンケージ分析

2022 年歯科疾患実態調査と国民生活基礎調査のデータリンケージによる統合データを用いて、社会経済的状況別に歯科口腔保健指標を分析した。対象者 1,981 人のうち、過去 1 年間に定期歯科健診を受診している者は 56.0%、歯間清掃の習慣がある者は 54.2%であった。口腔内検査結果からみた現在歯数は、20 本以上の天然歯を有する者が 68.3%である一方で、無歯顎者は 3.6%認められた。これらの歯科保健行

動および口腔状態と属性との関連を多変量解析により検討したところ、定期歯科健診を受けている群では非受診群に比べて都市部居住者の割合が有意に高く、また世帯の等価支出金額が高い傾向が認められた。同様に、歯間清掃習慣がある群も都市部在住かつ高支出の世帯に多いことが示された。さらに、これら良好な歯科保健行動をとる層では現在歯数が多く、未処置歯数が少ない傾向もみられ、一般健診を受診している割合も高かった。

3. 2022 年歯科疾患実態調査の問診項目と歯科疾患との関連分析

2022 年歯科疾患実態調査の問診票から、歯や口に関する自覚症状及び歯科健診受診状況の項目を取り上げ、それらと実際の疾病の有無との関連を分析した。分析対象とした 20～64 歳の成人では、「現在、歯や口の状態で気になることがある」と答えた人は、そうでない人に比べ未処置の歯が存在する割合および 4 mm 以上の歯周ポケットを有する割合が統計的に有意に高いことが明らかとなった。この傾向は男女別・年齢階級別のすべての区分において共通して認められた。さらに具体的な自覚症状別に見ると、「歯をみがくと血が出る」「噛めないものがある」「口が乾く」といった訴えがある人では未処置齲蝕がある割合が有意に高く、「歯ぐきが腫れている」「歯をみがくと血が出る」と答えた人では 4 mm 以上の歯周ポケットを有する割合が高いことが分かった。一方、「過去 1 年間に歯科健診を受けた」人では、未処置齲蝕および歯周ポケット有病者の割合が受診していない人より有意に低いという結果が得られた。

4. 歯科診療所受診患者調査と歯科疾患実態調査結果の比較

歯科診療所受診者を対象とした調査データと、全国歯科疾患実態調査データの比較分析の結果、歯科診療所調査の患者群は全国無作為抽出の住民群に比べて、う蝕や歯周病の治療を受けている歯が多く残存歯数も多い傾向が確認された。具体的には、20～84 歳の全対象者において 1 人平均 DMFT 指数は歯科診療所調査群で高く、その内訳を見ると処置歯の本数が有意に多かった。また、現在歯数も患者群で平均値が高かった。一方で、喪失歯数は歯科診療所調査群で有意に少なく、健全歯数も患者群で少ない傾向がみられた。さらに、加齢とともにリスクが増大する根面う蝕についても、患者群の 1 人平均本数が歯科疾患実態調査群より有意に低かった。一方、未処置歯数に関しては両群間で有意差が認められなかった。歯科診療所受診者調査から得られた傾向は歯科疾患実態調査と完全に一致するものではなかったが、いくつかの指標で類似した傾向が認められた。

D. 考察

本研究では、歯科口腔保健の健康格差に関する実態と、将来の調査手法改善に資する知見を得るために 4 つの側面から検討を行った。以下、項目ごとに考察する。

1. 介護老人保健施設における歯科保健サービス提供状況の全国調査

施設によって提供される歯科保健サービスにばらつきがあり、多くの施設で日常的口腔ケアは定着しているものの、専門職による歯科健診や指導が行き届いていない現状が明らかとなった。特に、歯科衛生士等の配置がない施設では専門的ケアが不足しがちであり、その結果入所者の口腔健康ニーズに十分応えられていないと考えられた。歯科専門職の配置促進や外部歯科医療機関との連携支援策を講じることで、要介護高齢者の口腔保健の質向上と健康格差縮小につながると考えられる。また、口腔衛生管理加算の未算定理由にも見られたように、老健施設と連携する歯科専門職の不足も課題であり、制度面での改善検討も必要である。また、定期的歯科健診の実施率は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、2019 年調査値より低下し、2016 年調査時とほぼ同等の値であったが、歯科専門職による歯科保健指導の提供状況は大きく向上した。

2. 2022 年歯科疾患実態調査と国民生活基礎調査のデータリンケージ分析

データリンケージによる分析からは、社会経済的な格差が歯科保健行動や口腔健康状態に反映されている実態が定量的に示された。都市部居住や高い経済水準を有する層は歯科保健行動が良好で口腔の健康状態も良好である一方、地方在住や経済的に困難な層ではその逆であるという、明確な健康格差の傾

向が示唆された。これは、先行研究の知見とも概ね一致する結果であった。併せて、本分析では行政の複数統計を用いたデータリンケージ手法の有効性が確認された。異なる二つの大規模調査の個票を突合せすることで、従来得られなかった歯科保健行動と社会経済要因の関連性を詳細に解析できることが示された。本手法は歯科口腔保健分野に限らず、公衆衛生施策立案のためのエビデンス創出に有用であり、今後さらにデータ基盤の整備（例えば共通 ID の付与等）が進めば、一層精度の高い分析が可能になると期待される。

3. 2022 年歯科疾患実態調査の問診項目と歯科疾患との関連分析

歯科疾患実態調査の問診項目と歯科疾患の関連に関する研究では、対象者が感じている主観的な口腔の不調が客観的な疾患指標と相関することが示唆された。これは、全国調査において対象者自身の感じる症状を尋ねる意義を裏付けるものであり、歯科口腔保健に関する「有訴者率」の経年変化を追うことで、地域住民の健康状態変化や受療行動の傾向をモニターできる可能性を示した。歯科疾患実態調査に新たに導入された自記式の自覚症状に関する問診項目は、必ずしも歯科疾患のスクリーニングを意図したものではないが、結果的に口腔内の疾患状態を反映していると考えられた。同様に、「過去 1 年の歯科健診の受診」は、う蝕や歯周病の有無と有意な関連を示し、定期的な歯科健診が疾患予防や早期治療に寄与することが示された。歯や口の自覚症状に関する質問と歯科健診受診状況について、全国調査で経年的にモニタリングしていくことで、歯科疾患有病動向の把握や住民への受診勧奨策の検討に資する情報が得られる可能性がある。

4. 歯科診療所受診患者調査と歯科疾患実態調査結果の比較

歯科診療所での受診者データは、対象集団が「歯科受診行動を起こした者」に限られるため偏りがあるものの、そのデータを分析することで一般住民の状況にある程度推し量ることが可能であることが示唆された。パンデミック等で歯科疾患実態調査が中止となった場合にも実施可能な調査手法として、歯科診療所の受診患者を対象とした調査手法は、ある一定の精度で歯科疾患実態調査を補完するデータを取得できると考えられた。その一方、歯科診療所のデータを利用する場合は、対象者が一般の生活者ではなく、歯科診療所の受診患者であるという特性を考慮する必要がある。

E. 結論

老健施設における定期的歯科健診の実施率は 22.6%であり、2016 年度の数値とほぼ同等であった。コロナ禍の影響もあり、2019 年度での結果と比較すると低下傾向を示した。その一方、歯科専門職による定期的な歯科保健指導を行っている施設は 42.7%に達していた。また、日常的な口腔ケアについては 87%の施設で何らかの形で実施されており、施設職員による口腔ケアは広く定着していた。しかし、提供サービスが入所者のニーズを十分に満たせていないと感じていた施設も 2 割程度存在した。

歯科疾患実態調査と国民生活基礎調査とのリンケージ分析では、定期的歯科健診の受診状況、歯間清掃の実施状況および歯数は、居住地域や世帯の経済状況などとの関連がみられた。また、歯科疾患実態調査 2,709 人のうち、国民生活基礎調査とリンケージ可能であったのは 82.7%であった。歯科疾患実態調査での歯・口腔領域における自覚症状の有無は歯科疾患と関連していた。過去 1 年間の歯科検診の有無は、歯科疾患の有無と有意に関連していた。歯科診療所の受診患者を対象とした調査では、ある一定の精度で歯科疾患実態調査を補完するデータを取得することが示唆された。

これらの知見は、歯科口腔保健の基本的事項（第二次）を推進するための調査手法の改善に資するものと考えられた。併せて、本研究で得られた介護老人保健施設での歯科口腔保健サービスの提供状況の全国値は、歯科口腔保健の基本的事項（第二次）でのベースライン値として活用されることが期待される。

F. 研究発表

1. 論文

- 1) 三浦宏子, 村田幸枝: 口腔機能に関わる高齢者歯科保健施策の変遷と今後の課題. 保健医療科学 2024, 73 : 377－383.
- 2) Oshima K, Miura H, Tano R, Fukuda H. Urban-rural differences in the prevalence of having a family dentist and their association with income inequality among Japanese individuals: a cross-sectional study. BMC Oral Health 24, 741, 2024.

2. 学会発表

- 1) 三浦宏子, 村田幸枝, 秋野憲一, 山口摂崇, 大島克郎, 福田英輝: 障害者児施設での歯科保健サービスの提供状況に関する分析. 第 83 回日本公衆衛生学会, 2024 年 10 月.
- 2) 三浦宏子: 後期高齢者への歯・口腔の健康づくり施策を利用したフレイル予防. 第 83 回日本公衆衛生学会総会, 2024 年 10 月.
- 3) 村田幸枝, 秋野憲一, 山口摂崇, 植原治, 松岡紘史, 三浦宏子. 障害者・児施設での歯科保健サービスの提供状況に関する分析 (第二報). 第 14 回北海道口腔保健学会学術大会, 2024 年 11 月.
- 4) 泉川昌宣, 猪熊孝憲, 油井知雄, 松田康裕, 水谷博幸, 三浦宏子, 斎藤隆史: 口腔内診査に関するタイムスタディ分析. 第 161 回日本歯科保存学会学術大会, 2024 年 11 月.

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

全国調査に基づく介護老人保健施設での歯科保健サービス提供状況に関する分析

研究代表者 三浦宏子 北海道医療大学歯学部保健衛生学分野 教授
研究分担者 村田幸枝 北海道医療大学歯学部保健衛生学分野 講師
研究協力者 秋野憲一 札幌市保健福祉局ウェルネス推進部 歯科保健担当部長
研究協力者 山口摂崇 札幌市保健福祉局ウェルネス推進部 歯科医師

研究要旨

【目的】介護老人保健施設（以下、老健施設）での歯科保健医療サービスの提供状況を把握するため全国調査を実施し、歯・口腔の健康格差縮小に資する基礎データを得る。また、老健施設入所者への歯科保健医療サービス提供状況に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】全国の老健施設 4,181 施設から無作為抽出した 1,674 施設（抽出率 40.0%）を対象に、自記式質問紙を用いた郵送法による横断調査を実施した。質問紙の主な項目は①施設の基本特性（入所者数、入所者の年齢構成・要介護度等）、②歯科保健サービスの提供体制（歯科専門職の配置状況、歯科健診・歯科保健指導の提供状況、口腔衛生管理加算の活用状況等）、③口腔ケアの提供状況である。収集したデータについて主要項目の記述統計を行い、介護老人保健施設での歯科健診や歯科保健指導の提供状況を把握した。

【結果】調査票は 300 施設から回収され、有効回答率は 18.0%であった。老健施設における歯科医療機関の併設率は 12%程度であった。歯科衛生士の配置率は約 30%であった。定期的な歯科健診（年 1 回以上）の実施率は全体で 22.6%であった。一方、歯科医師や歯科衛生士による定期的な歯科保健指導の実施率は 42.7%に達していた。約 87%の施設で何らかの形で日常的な口腔ケアが実施されており、その内容として「定期的に洗浄剤を用いて義歯を洗浄」および「食後歯磨きの時間を取っている」が多かった。提供している歯科保健サービスが入所者のニーズを満たしているかについては、「十分満たしている」「ある程度満たしている」を合わせた肯定的評価が約 78%であった。口腔衛生管理加算の算定状況については、約半数の施設が当該加算を算定しておらず、「歯科専門職がいないため算定要件を満たせない」等を主な理由に挙げていた。

【結論】老健施設における定期的歯科健診の実施率は 22.6%であり、2016 年度の数値とほぼ同等であった。コロナ禍の影響もあり、2019 年度での結果と比較すると低下傾向を示した。また、歯科専門職の配置は依然乏しかったが、施設職員による口腔ケアは広く定着していた。その一方、提供サービスが入所者のニーズを十分に満たせていないと感じる施設も約 2 割存在し、歯科専門職との連携を促進させる支援体制の必要性が示唆された。

A. 研究目的

わが国の歯科口腔保健施策においては、地域や社会的状況による格差の是正と、「誰一人取り残さない」ユニバーサルな歯科口腔保健サービス提供体制の整備が重要な課題となっている。特に障害者や要介護高齢者等の要支援者は、歯・口腔の健康格差が懸念される集団であり、特段の配慮のもと円滑に歯科健診や歯科保健指導等を提供できる仕組みづくりが求められている。2012 年から開始された「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第 1 次）」では要支援者への歯科保健サービス提供に関する指標が設定された。2019 年度までに一定の改善が見られたものの目標値には達しておらず、更なる推進が必要

と最終評価報告書において指摘された¹⁾。

一方で、これら要支援者への歯科保健サービス提供状況に関する公的統計データは十分整備されておらず、実態を把握するには補完的な全国調査によるデータ収集と分析が不可欠である。このような状況を踏まえて、本年度の研究では介護老人保健施設（以下、老健施設と記載）に着目し、入所者に対する歯科保健サービス提供の現状を明らかにして今後の施策立案に資することを目的とした。特に、全国規模の調査により老健施設での歯科健診・保健指導の実施状況や歯科専門職の関与状況を把握し、過去の調査結果との比較検証を行い、歯科保健サービスの充実に向けた課題と対策を考察した。

B. 研究方法

(1) 調査対象

本研究では、全国の老健施設 4,181 施設（厚生労働省「介護サービス情報公開システム」掲載の老健施設数）を母集団とした。無作為層化抽出による標本調査を採用し、全体の約 40%に相当する 1,674 施設を抽出した。無作為抽出にあたっては地域的な偏りが生じないように都道府県別の施設数に比例配分した。

(2) 調査デザイン・方法

本研究の研究デザインは横断研究（観察研究）である。調査手法としては郵送法による自記式質問紙調査（郵送配布・回収）を用いた。調査票はこれまでの関連文献や過去の厚生労働科学研究報告書を参考に作成し、老健施設での歯科保健状況に詳しい行政歯科保健担当者（研究協力者）の助言を得て内容を調整した。調査票については章末に参考資料として提示する。

調査項目を大別すると、①施設の基本特性、②歯科保健サービス提供体制、③口腔ケアの提供状況である。具体的には施設の入所定員と入所者数、職員配置、入所者の要介護度分布などの基本情報に加え、歯科医師・歯科衛生士の配備状況、歯科健診・歯科保健指導の実施状況、訪問歯科診療の利用状況、口腔衛生管理加算の算定状況、施設における日常的な口腔ケアの体制、従事職員向け研修の実施状況等を調べた。回答は主に選択式（単一・複数選択肢）で、一部に自由記述欄を設けた。質問紙は 2024 年 11 月初旬に郵送配布し、同年 11 月末までの回収期間を設定した。

(3) 分析方法

回収した回答データについて、調査項目の全国集計値を算出した。定量データは記述統計量を算出し、可能なものについては 2011 年度、2016 年度、2019 年度の過去調査結果²⁻⁴⁾との比較を行った。また、口腔ケアマニュアルの整備状況と口腔ケア研修状況との関連性については χ^2 検定を用いて評価した。

(4) 倫理的配慮

調査実施に先立ち、研究代表者の所属機関である北海道医療大学歯学部の研究倫理審査委員会に申請を行い、研究計画について承認を得た（承認番号：第 259 号）。調査依頼文では本研究の目的とプライバシー保護の方法を明記し、回答送付をもってインフォームド・コンセント取得とみなすことを説明した。

C. 研究結果

(1) 調査票の回収状況

1,674 施設に調査票を送付し、うち 300 施設から有効回答を得た（回収率 18.0%）。期待したサンプル数（必要標本数約 350 施設）には達していなかったが、地域による回収率の大きな偏りは認められなかった。

(2) 老健施設における歯科医療提供体制

回答施設において、歯科診療所を施設内に併設している割合は 11.3%であった。これは 2016 年度調査時の 5.5%に比べて高い値であったが、2011 年度調査の 12.4%とほぼ同水準であった。

① 歯科専門職の配備状況

表 1 に老健施設における歯科医師・歯科衛生士の配置状況を示す。歯科医師を何らかの形で配置してい

る施設は 11.1%であった。2011 年度調査では 4.8%、2016 年調査では 12.9%であり、2016 年調査に比較するとやや減少していた。一方、歯科衛生士配置率は 2011 年度の 25.3%から 2016 年度では 32.2%へ上昇したが、本調査では 30.3%とやや減少した。すなわち、歯科衛生士については約 3 割の施設で配置されているが、歯科医師の配置は大変少なかった。なお、歯科医師を配置している全施設で歯科衛生士も配置されており、歯科医師のみ配置のケースはなかった。これらより、老健施設における歯科専門職の人的資源は極めて限定されていることが確認された。多くの施設では近隣の歯科医療機関と連携することによって、入所者の歯科診療・口腔管理を賄っている現状がうかがえた。

表 1 歯科専門職の配置状況

	歯科医師 ¹	歯科衛生士 ²
配置あり	90 施設 (30.0%)	
常勤	なし	52 施設 (57.8%)
非常勤	10 施設 (11.1%)	39 施設 (43.3%)
未回答	1 施設 (1.1%)	
配置なし	209 施設 (69.7%)	
未回答	1 施設 (0.3%)	

*1 非常勤の歯科医師が配置されている全 10 施設においては常勤もしくは非常勤の歯科衛生士が配置されている。

*2 2 施設では常勤と非常勤の両方の歯科衛生士が配置されている”

② 歯科健診の実施状況

施設での歯科健診の提供については、何らかの歯科健診の機会を設けていると回答した施設が、全体の 66.7%であった。その一方で、年 1 回以上の定期歯科健診を実施している施設は 22.6%にとどまり、歯科健診の実施の多くが入所時のみの歯科健診や訪問歯科診療の機会を活用した限定的なものであった（表 2）。

2011 年および 2016 年の全国調査ではともに約 19%であった定期歯科健診実施率が、2019 年には 33.4%と大きく向上していた。しかし、本調査（2024 年）の値は 22.6%と 2019 年時点より低下し、2016 年度までの状況に近似した値となった。

表 2 歯科健診の実施状況

	施設数	割合	
年 1 回実施	21	7.0%	定期的な歯科健診の実施：22.6%
年 2 回実施	10	3.3%	
年 3 回実施	37	12.3%	
不定期実施	20	6.7%	入所時に関連して実施：34 件
その他の形式で実施	112	37.3%	
未実施	97	32.3%	
未記入	3	1.0%	

歯科健診の実施方法を見ると、施設が個別に歯科医療機関に依頼して健診を実施したのが 52.7%と過

半数を占めた。一方、歯科医師会に依頼する事例や自治体の歯科健診事業の活用は極めて限定的であった（表 3）。また、要治療の入所者への対応としては、訪問歯科診療を依頼するとした割合が最も高く 80.0%に達しており、職員が近隣の歯科医院に連れて行くのは 10%にとどまった（表 4）。

表 3 歯科健診の実施方法

	施設数	割合
施設独自に歯科医療機関等へ依頼	158	52.7%
施設に勤務する歯科専門職が実施	21	7.0%
歯科医師会へ依頼	8	2.7%
自治体の歯科健診事業の活用	2	0.7%

表 4 歯科治療が必要となった際の対応(複数回答)

	施設数	割合
訪問歯科診療を依頼	240	80.0%
職員が近隣の歯科医院へ連れて行く	30	10.0%
施設内（または併設）の歯科診療所を受診	26	8.7%
家族または本人に受診を勧めるのみ	18	6.0%
特に対応したことがない	0	0%

③ 歯科保健指導の実施状況

歯科医師または歯科衛生士による歯科保健指導の機会があると回答した施設は 87.3%であった。このうち、定期的（年 1 回以上）に歯科保健指導を行っている施設は全体の 42.7%であった（表 5）。2011 年の 23.5%、2016 年の 27.1%から大幅に増加した。

表 5 歯科専門職からの歯科保健指導の実施状況

	施設数	割合	
年 1 回実施	18	6.0%	定期的な歯科保健指導の実施：42.7%
年 2 回実施	50	16.7%	
年 3 回実施	60	20.0%	
不定期実施	24	8.0%	
その他の形式	110	36.7%	
未実施	35	11.7%	
未記入	3	1.0%	

(3) 老健施設職員による口腔ケアの提供状況

歯科専門職が直接提供するサービス以外に、施設職員（介護職員等）が実施している口腔ケアについて調査したところ、実施施設は87.0%であった。具体的な内容（複数回答）では、「定期的に洗浄剤を用いて入れ歯を洗浄している」が84.0%でもっとも多く、「食後歯磨きの時間を取っている」が78.0%、「職員が入所者の歯磨きをしている」が72.7%とこれに次いだ。

一方、専門職が関与しない職員主体の口腔ケアであっても、一定の技術・知識が求められる場面は多い。実際、施設職員による口腔ケアの際に困ることについては、「入所者本人による拒否や開口困難」が78.3%で突出して多く、次いで「些細なことを相談できる歯科衛生士の配置がない」が17.7%であった（表7）。

表6 施設職員が実施している口腔ケアの取り組みの状況（複数回答）

	施設数	割合
定期的に洗浄剤を用いて入れ歯を洗浄している	252	84.0%
食後歯磨きの時間をとっている	234	78.0%
職員が入所者の方の歯磨きをしている	218	72.7%
職員が歯磨きの状態をチェックしている	189	63.0%

表7 口腔ケアの実施時での困難なこと（複数回答）

	施設数	割合
拒否・開口困難な方のケア	235	78.3%
些細なことを相談できる歯科衛生士の配置がない	53	17.7%
受診が必要かの判断がつかない	29	9.7%
適切な口腔ケア用品が揃っていない	28	9.3%
特になし	14	4.7%
口腔ケアの方法がわからない	13	4.3%

(4) 口腔衛生管理加算の周知度と算定状況

老健施設における口腔衛生管理加算の算定状況を調べたところ、算定している施設は51.0%にとどまっていた。算定していない施設にその理由を複数回答で尋ねたところ、「施設に歯科医師・歯科衛生士がいないため算定要件を満たせない」が最も多く51.4%、次いで「算定の条件が厳しすぎる」が26.4%、「他の業務で忙しく実施の時間が取れない」が19.4%であった（表8）。

2024年度からは老健施設において入所時および定期的に口腔内状況を確認することが義務化されたが、問題なく対応できていると回答した施設は37.3%にとどまり、5割以上の施設で何とか対応している状況であった（図1）。

表 8 口腔衛生管理加算を算定していない理由 (N=144) (複数回答)

	施設数	割合
実施できる職種がない	74	51.4%
算定の条件が厳しすぎる	38	26.4%
他の業務で忙しい	28	19.4%
算定の単位数が低い	12	8.3%
算定する条件がわからない	6	4.2%
算定対象の入所者がいない	6	4.2%
算定内容に必要性を感じない	2	1.4%

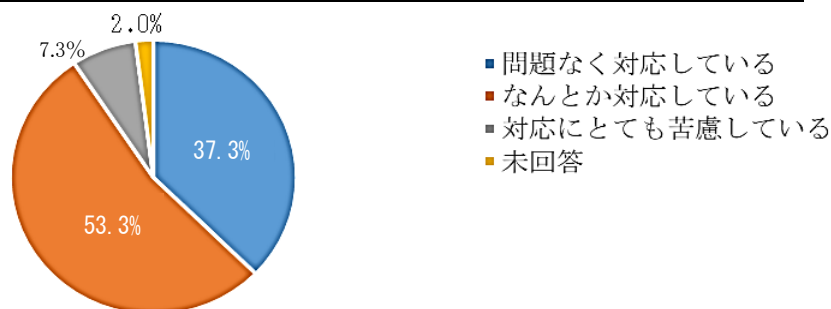


図 1 施設における入所時および定期的な口腔衛生管理の義務化への対応

(5) 提供サービスに対する施設の自己評価

入所者に対する歯科保健サービスがそのニーズを満たしているかについて自己評価を尋ねた結果、「十分満たしている」が9.0%、「ある程度満たしている」が69.0%で、肯定的評価が合わせて78.0%であった(図2)。2011年および2016年の全国調査でも「ある程度満たしている」との回答が最多で6割程度である傾向は共通していた。老健施設の歯科保健サービス提供について施設側は概ね一定の成果を認めつつも、依然2割前後の施設が何らかの不足を感じている実態がうかがえた。

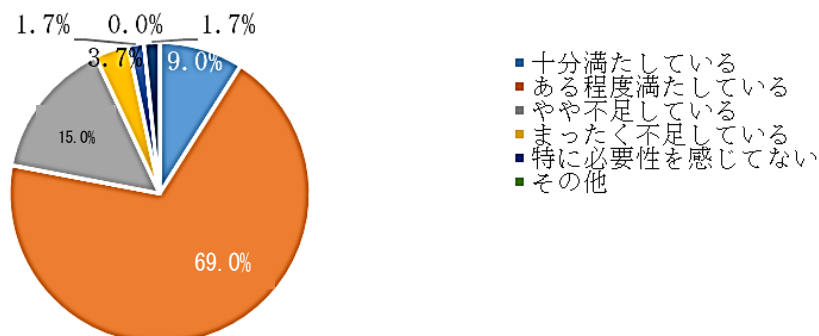


図 2 老健施設の自己評価

(6) 口腔ケアマニュアルの整備状況と口腔ケアに関する研修の実施状況との関連性

口腔ケアマニュアルと口腔ケアに関する研修との関連を表9に示す。口腔ケアマニュアルがある施設は148施設(52.5%)、年1回以上の頻度で定期的な研修を行っている施設は196施設(69.5%)であった。マニュアルと定期的研修のどちらもあると回答した施設が39.4%に達していた一方、どちらもないと回答した施設は17.4%であった。また、両者の統計的関連性を調べたところ、有意な関連性が認められた($p<0.05$)。

表9 口腔ケアの研修実施状況と口腔ケアマニュアル整備状況との関連性

	マニュアルあり (N=148)	マニュアルなし (N=134)	t 値	p 値
定期的な研修あり (N=196)	111	85	3.91	<0.05
定期的な研修なし (N=86)	37	49		

備考：両項目の両方もしくは片方が未記入だった施設数:18 施設

D. 考察

本研究では、介護老人保健施設における歯科保健サービス提供の現状を全国規模の調査によって明らかにし、過去の関連調査結果との比較や今後の課題の検討を行った。本研究から得られた知見のいくつかは、国の歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）でのベースライン値に直結するものである。以下、主要な知見について考察する。

1. 歯科専門職の配備状況

老健施設への歯科専門職の配置は3割程度であり、その大部分が歯科衛生士の配置であった。老健施設では、歯科専門職の配置は義務ではないことが大きく影響しているものと考えられる。また、その配置形態の多くは非常勤であり、日常的に口腔ケアに携わる常勤歯科衛生士がいる施設は限られ、大半の老健施設では歯科専門職不在のまま介護職等が入所者の口腔ケアにあたっているのが実情である。本調査からも、歯科専門職不在施設では口腔衛生管理加算を算定することが困難であることが示されており、人材不足がサービス水準の制約要因となっていることが示唆された。近年の介護報酬改定では施設系サービスにおける歯科専門職の技術的支援（年2回以上）の実施が規定されるなど、外部人材の関与を含めた口腔ケア支援体制の強化が進められている⁵。地域の歯科医師会や歯科衛生士会と連携し、全施設で一定水準の口腔ケアが提供できる体制作りが今後ますます重要になると考えられる。

2. 歯科健診・保健指導の提供状況と課題

老健施設では歯科健診の機会を設けている施設が約67%であったが、年1回以上の定期健診を実施している施設は約23%にとどまった。本来、入所者の歯科健診は年1回程度の実施が望ましいものの、人手や費用の問題から訪問歯科診療の際に臨時に実施する等の対応に留めている施設が多いことが推察される。2019年時点では定期健診実施率が33.4%まで上昇したが、新型コロナウイルス感染拡大で歯科健診の推進取組が中断・後退した影響が大きく、本調査では再び以前の水準となったと考えられる。新型コロナウイルス感染拡大による健診事業への影響については、がん検診など他の健診事業でも報告されている⁶。新型コロナウイルス感染症が5類になったことを受け、コロナ禍以前の状況に戻る可能性が高いと考えられるが、引き続き歯科保健活動の推進基盤となる歯科健診の体制整備を図る必要がある。

歯科保健指導については、専門職による定期的指導を行う施設が4割強に達していた点は注目に値する。2016年時点では約27%であったことから、この数年で大きく改善したことになる。背景には、地域歯科医師会等が高齢者施設向けの口腔ケアの指導に取り組む事例が増えたこと、介護施設の側でも口腔ケアの重要性が浸透しつつあること、および前述したように介護保険における施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化が図られていることが大きく影響していると考えられる。一方で、依然6割近い施設では歯科専門職による定期的な指導が実施されていなかった。特に、歯科衛生士等が訪問指導を行う仕組みの整備は、費用面・人材面のハードルが高いと考えられる。介護報酬上の口腔衛生管理加算（Ⅱ）は、厚生労働省へのデータ提出とフィードバック活用を要件とする新設区分であるが、こうしたインセンティブも活用しつつ専門職による継続的支援の輪を広げていくことが重要である。

3. 老健施設職員による口腔ケアと人材育成

本調査で約9割の施設が職員による口腔ケアを実施していると回答したことは、老健施設における口腔ケアの定着度合いを示すものであり評価できる。特に、食後の歯磨き介助は7割超の施設で日常的に行われており、要介護高齢者への口腔ケアが広く浸透しているといえる。入所者全員を口腔ケアの対象とする施設では、要介護度や自立度にかかわらず予防的な口腔ケアを提供していると考えられる。一方で、多くの施設が口腔ケア提供時に困難さを感じており、その筆頭に入所者本人の非協力（拒否・開口困難）が挙げられていた。認知症や摂食嚥下機能低下のある高齢者では、自身の口腔内へのケアを極度に嫌がるケースが少なくなく、ケアの質向上にはこの対策が避けられない。対策の一つとしては、ケアを受け入れてもらうためのコミュニケーション技術だけでなく、オーラルケア用器具の工夫等を要するため、歯科専門職との連携は必須である。

介護職員への口腔ケアに関する研修は単発に終わらず、定期的に継続実施することが求められる。そこで、本研究では定期的な研修が実施されているかに着目して研究を進めた。また、口腔ケアサービスの均てん化を図る見地からも口腔ケアマニュアルの整備は大きな役割を果たす。約半数の老健施設で口腔ケアマニュアルがあり、定期的研修を実施している施設も約7割に達していることは、老年施設での口腔ケアサービスの質の向上に大きく寄与していると考えられる。その一方、マニュアルと定期的研修のどちらもない施設も約17%あったことは、今後の課題である。定期的な研修受講とマニュアルは、老健施設での口腔衛生管理体制の拡充に必須の要素である。本研究の結果からも両者には有意な関連性が認められたことから、定期的な研修とマニュアル整備を一体的に進める必要がある。

4. 介護保険制度における口腔衛生管理

老健施設の口腔衛生管理加算は2006年の介護報酬改定で新設された当初より歯科衛生士等の関与を要件としているため、協力人材が不足している施設では算定が難しい状況が続いていると考えられる。介護報酬の2021年度改定では老健施設等における口腔衛生管理体制加算の廃止と口腔衛生管理の基本サービス化（経過措置3年間）が図られ、2024年4月より全施設で計画的な口腔衛生管理の実施が義務化されることとなった。この口腔衛生管理の基本サービス化により、施設系サービスでは、「歯科医師または歯科医師の指導を受けた歯科衛生士が介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言・指導を年2回以上行うこと」および「助言、指導に基づき入所者の口腔衛生管理体制に係る計画の作成、見直しを行うこと」が運営基準として義務付けられている。この政策変更により、従来、加算取得に消極的であった施設においても今後、口腔ケア体制の構築が促進されることが期待される。反面、専門職不在でノウハウの乏しい施設では対応に苦慮することも予想される。本調査の結果でも、新制度にスムーズに対応できている施設は4割弱であり、何とか対応している施設と対応に苦慮している施設が約6割であった。地域の歯科医療資源と連携した行政支援策が望まれる。

5. 老健施設における口腔保健サービス充実に必要な支援

人材面では、口腔ケアに関する老健施設職員研修制度の強化や外部専門職（歯科衛生士等）の定期訪問指導といった方策が必要である。また、他施設の好事例や効果的なケア方法等の情報共有も有用であり、行政や関係団体によるガイドライン・マニュアル整備も望まれる。外部連携については、地域の在宅歯科医療提供体制の整備が鍵となる。地域によっては訪問歯科診療に積極的な歯科医師が不足し、施設側が協力歯科医療機関を確保できないケースもある。自治体歯科保健担当と歯科医師会の協働により、訪問診療可能な歯科医療機関リストの作成やマッチング支援を行うなど、地域包括ケアシステムの中に老健施設と歯科診療所間の連携促進策を組み込むことが有効と考えられる。

さらに、入所者の重症化への対応も課題である。要介護度の高い入所者では口腔機能の低下や嚥下障害が進行しやすく、専門的な摂食嚥下リハビリや嚥下内視鏡等の評価を必要とする場合も増えてくる。こうした場合における地域の高齢者歯科医療および耳鼻咽喉科やリハビリテーション科とのネットワークを構築し、包括的な摂食嚥下障害への支援を受けられる仕組み構築が望ましい。多方面からの支援策を講じることで、老健施設入所者に対する歯科保健サービスの底上げが期待される。

老健施設は在宅復帰支援施設として位置付けられ、自立支援およびQOL向上を目指す場である。口腔の健康の維持増進は生活機能や栄養状態の改善にも直結する重要な要素であり、老健施設における歯科保健サービス充実はその理念達成に資するものである。今後、政策的支援のもとで老健施設と地域歯科医療が一層連携し、入所者が「口から食べる喜びを生涯享受できる」ような環境整備が求められる。

E. 結論

老健施設の歯科専門職の配置率は3割程度に留まった。その一方、施設職員が実施する口腔ケアは9割程度の施設で定着していた。施設職員への口腔ケアに関する定期的な研修も約7割の施設で実施されていたが、口腔ケア実施マニュアルの整備は約半数であった。口腔ケア実施に際しては、入所者の非協力（拒否・閉口）への対応などの問題があり、歯科専門職とのさらなる連携の必要性が示唆された。

定期的な歯科健診を実施している施設は22.6%で、2019年調査時の状況からは低下した。コロナ禍の影響により健診実施が制限されたことが一因と考えられるが、感染状況の沈静化に伴い今後の実施率回復が望まれる。専門職による歯科保健指導を定期的に行う施設は42.7%に達し、過去調査値と比較して大きく増加した。また、口腔衛生管理加算の算定率は約半数にとどまった。対応できる歯科専門職の不足により算定要件を満たせない施設が多い状況が示唆された。

全体として、老健施設の歯科保健サービスは量的には一定程度提供されているものの、質的な面や提供体制の継続性に課題がある。施設側での歯科保健サービス提供状況に関する自己評価では、約3割の施設で入所ニーズに十分応えられていないとの結果も得られた。今後、施設内外の人的資源を充実させるとともに、施設系サービスの口腔衛生管理の強化を図るために、行政および歯科医師会や歯科衛生士会とのネットワークの拡充など多面的な支援策により、老健施設入所者への歯科保健サービス提供体制の強化を図る必要がある。

F. 引用文献

- 1) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 歯科口腔保健の推進に関する専門委員会. 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項 最終評価報告書. 2022年10月.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000999685.pdf>
- 2) 尾崎哲則. 入所高齢者の歯科口腔保健に関する研究. 厚生労働省研究費補助金（厚生科学特別研究事業）. 歯科口腔保健の推進に関する総合的研究（研究代表者：三浦宏子）. 2011年度.
- 3) 小坂健, 五十嵐彩夏, 新居直美. 高齢者入所施設等における歯科保健サービスに関する調査. 厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業） 歯科保健医療サービス提供困難者に対する歯科保健医療サービスの実施に関する研究（研究代表者：三浦宏子）. 2016年度.
- 4) 厚生労働省医政局歯科保健課. 介護保険施設アンケート調査結果. 令和元年度委託事業「う蝕対策等 歯科口腔保健の推進に係る調査等一式」. <https://www.mhlw.go.jp/content/000711480.pdf>
- 5) 厚生労働省老健局. 施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化について. 令和3年度介護報酬改定関連通知, 2021年
- 6) 日本対がん協会. 2021年のがん検診受診者数について. <https://www.jcancer.jp/news/12832> .

G. 研究発表

1. 論文

- 1) 三浦宏子, 村田幸枝: 口腔機能に関わる高齢者歯科保健施策の変遷と今後の課題. 保健医療科学 2024, 73 : 377-383.

2. 学会発表

- 1) 三浦宏子, 村田幸枝, 秋野憲一, 山口摂崇, 大島克郎, 福田英輝: 障害者児施設での歯科保健サービスの提供状況に関する分析. 第83回日本公衆衛生学会, 2024年10月.

- 2) 三浦宏子：後期高齢者への歯・口腔の健康づくり施策を利用したフレイル予防. 第 83 回日本公衆衛生学会総会, 2024 年 10 月.
- 3) 村田幸枝, 秋野憲一, 山口摂崇, 植原治, 松岡紘史, 三浦宏子. 障害者・児施設での歯科保健サービスの提供状況に関する分析 (第二報). 第 14 回北海道口腔保健学会学術大会, 2024 年 11 月.
- 4) 泉川昌宣, 猪熊孝憲, 油井知雄, 松田康裕, 水谷博幸, 三浦宏子, 斎藤隆史：口腔内診査に関するタイムスタディ分析. 第 161 回日本歯科保存学会学術大会, 2024 年 11 月.

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

参考資料

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握および調査手法の改善のための研究

歯科保健医療サービス提供困難者に対する 歯科保健医療サービス実施に関するアンケート 〈高齢者入所施設等用〉

《ご記入に当たってのお願い》

- ◆ 別添の調査説明書をご一読のうえ、ご回答下さい
- ◆ 回答は1から順にお進みください
(選択した回答肢に☆印があるものは、指示の通りに進んでください)
- ◆ 回答の際は、質問の内容をよく読んで、指示に従ってお答えください
- ◆ 選択肢があるものには、あてはまる数字(①, ②, …)を○で囲んでください
選択の数(1つ、全て)は設問により異なりますのでご注意ください。
- ◆ 回答肢に『()』が設けられている選択肢を選んだ場合は、具体的な回答を()にご記入ください
- ◆ 個別機関の記載内容について使用・公表することはありませんので、ご安心下さい

《締め切りについて》

ご多用のところ恐縮ですが、令和6年11月22日(金)までに、
同封の封筒にてご投函くださいますようお願い申し上げます

《本調査結果のフィードバックについて》

連絡用メールアドレスを記載いただけた場合、得られた調査結果を調査終了後にお送りいたします

《問い合わせ先》

このアンケートに関するお問い合わせは、下記宛までお願い致します

厚生労働科学研究費事業

歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握および調査手法の改善のための研究班 事務局

電子メール：shisetsu2024@ml.hoku-iryo-u.ac.jp

施設名称	
住所	

ご記入者について	役職・職種	
	お名前	
	メールアドレス	

＊今回の調査結果をお伝えするためにも、メールアドレスの記載にご協力いただけますと幸いです。
どうぞよろしくお願いいたします。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。(令和6年4月1日時点)

1-1 貴施設の入所定員と現状の入所人数は何人ですか。

定員数：_____人

現状の入所者数

年齢区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
(1) 74歳以下	人	人	人	人	人
(2) 75～79歳	人	人	人	人	人
(3) 80～84歳	人	人	人	人	人
(4) 85～89歳	人	人	人	人	人
(5) 90歳以上	人	人	人	人	人

1-2 下記の項目のうち、同一または隣接の敷地内で併設している施設または実施されているサービスがありますか。該当するもの全てに○をつけてください。

- ① 病院 ② 有床診療所 ③ 無床診療所
- ④ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ⑤ 介護医療院または介護療養型医療施設
- ⑥ サービス付き高齢者住宅 ⑦ 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）
- ⑧ 通所介護（デイサービス） ⑨ 通所リハビリテーション（デイケア）
- ⑩ 訪問看護 ⑪ 小規模多機能型居宅介護（看護小規模多機能型含む）

1-3 同一または隣接の敷地内で併設している歯科医療機関がありますか。

- ① 歯科診療所 ② 病院歯科 ③ ない

2. 貴施設での歯科保健管理および歯科医療の状況についてお伺いします。

2-1 貴施設には歯科医師・歯科衛生士が配置されていますか？

- ① いる ☆ ② いない

☆質問 2-1 で「① いる」と回答された方にお伺いします。

2-1-1 配置されている職種および雇用形態について、各々の人数をお書きください。

- | | | | | |
|---------|-----|---|------|---|
| ① 歯科医師 | ・常勤 | 人 | ・非常勤 | 人 |
| ② 歯科衛生士 | ・常勤 | 人 | ・非常勤 | 人 |

2-2 貴施設で入所の方が歯科医師による歯科健診を受ける機会がありますか？

- ① ある ☆ ② 全くない

☆質問 2-2 で「① ある」と回答された方にお伺いします。

2-2-1 歯科健診の頻度について該当するものを 1つ選んで○をつけてください。

- ① 年1回 ② 年2回 ③ 年3回以上
④ 不定期（平均すると_____年に1回）
⑤ その他（具体的に_____）

2-2-2 歯科健診の方法について該当するもの全てに○をつけてください。

- ① 施設独自に歯科医療機関等へ依頼して実施している
② 施設に勤務する歯科医師又は歯科衛生士が実施している
③ 自治体の歯科健診事業を活用して実施している
④ 歯科医師会へ依頼して実施している
⑤ その他（具体的に_____）

2-3 貴施設で入所の方が、歯科医師または歯科衛生士から歯の磨き方や歯科保健に関する指導を受ける機会がありますか？

- ① ある ☆ ② 全くない

☆質問 2-3 で「① ある」と回答された方にお伺いします。

2-3-1 その頻度について該当するものを 1つ選んで○をつけてください。

- ① 年1回 ② 年2回 ③ 年3回以上
④ 不定期（平均すると_____年に1回）
⑤ その他（具体的に_____）

裏面にも質問がございます

2-4 歯科健診、歯科医師等による歯磨き・歯科保健指導以外に、入所者の方のむし歯や歯周病の予防のため何か取り組みをされていますか？

- ① している ☆ ② していない

☆質問 2-4 で「① している」と回答された方にお伺いします。

2-4-1 実施している取り組みの内容について該当するもの全てに○をつけてください。

- ① 食後歯磨きの時間をとっている
② 職員が歯磨きの状態をチェックしている
③ 職員が入所者の方の歯磨きをしている
④ 定期的に洗淨剤を用い入れ歯を洗淨している
⑤ 職員への歯科保健に関する研修会の開催
⑥ その他（具体的に_____）

2-5 貴施設で入所者の方が、むし歯などの歯科治療が必要になったとき、どのような対応をされていますか？

- ① 職員が近隣の歯科医院へ連れて行く
② 訪問歯科診療を依頼する
⑤ 施設内（または併設）の歯科診療所を受診する
⑥ 家族または本人に受診を勧めるのみ
⑦ 特に対応したことがない
⑧ その他（具体的に_____）

2-6 歯科治療を受ける際に支障となることがありますか。該当するもの全てに○をつけてください。

- ① 対応できるスタッフがない ② 家族から同意が得られない
③ 費用 ④ 特になし
⑤ その他（具体的に_____）

2-7 施設の入所者の方の歯や口のことにに関して、問題があると考えられる方は概ねどの程度いますか？該当する項目について人数の記載をお願いします（該当がない場合は「0」と記載してください）。

- ① むし歯がありそうな人、歯が痛そうな人がいる ：約_____人
② 歯ぐきのはれている、出血している人がいる ：約_____人
③ 歯が抜けたまま、欠けたままの人がいる ：約_____人
④ 飲み込みにくそうな人がいる ：約_____人
⑤ 滑舌が悪くなった人がいる ：約_____人

2-8 貴施設での歯科保健活動は入所者の方のニーズを満たしていると思いますか？該当するものを1つ選んで○をつけてください。

- ① 十分満たしている ② ある程度満たしている
③ やや不足している ☆ ④ まったく不足している ☆
⑤ 特に必要性を感じない
⑥ その他（具体的に_____）

☆質問 2-8 で「③ やや不足している」または「④ まったく不足している」と回答された方にお伺いします。

2-8-1 不足していると思われる点を具体的にご記入ください。

2-9 訪問歯科診療の利用頻度について該当するものを1つ選んで○をつけてください。

- ① 半年に1回程度 ② 3か月に1回程度 ③ 1か月に1回程度
④ 1週間に1回程度 ⑤ 1週間に1回以上 ⑥ 利用していない
⑦ その他（具体的に_____）

☆質問 2-9 で①～⑤を選択した方にお伺いします。

2-9-1 直近1か月の訪問歯科診療の利用者数は何人ですか。

約 _____ 人

2-9-2 訪問歯科診療の主な診療内容に該当するもの全てに○をつけてください。

- ① 入れ歯の作成、修理 ② むし歯の治療 ③ 歯周病の治療
④ 抜歯 ⑤ 口腔ケア（口腔健康管理） ⑥ フッ化物歯面塗布
⑦ その他（具体的に_____）

☆質問 2-9 で「⑥ 利用していない」と回答された方にお伺いします。

2-9-3 訪問歯科診療を利用しない理由について該当するもの全てに○をつけてください。

- ① 依頼できる歯科医師・歯科衛生士がない ② 利用する対象者の条件がわからない
③ 手続き方法がわからない ④ 手続きや条件を聞く窓口がわからない
⑤ 他の業務が忙しく手が回らない ⑥ 訪問歯科診療に必要性を感じない
⑦ 対象の入所者がいない
⑧ その他（具体的に_____）

裏面にも質問がございます

2-10 口腔衛生管理加算（Ⅰ）（Ⅱ）を活用されていますか。該当するものを1つ選んで○をつけてください。

- ① 算定している ② 算定していない

☆質問 2-10 で「① 算定している」と回答された方にお伺いします。

2-10-1 直近1か月（令和6年9月）に算定した人数を記載して下さい。

_____人

2-10-2 口腔衛生管理を実施している職種に該当するものを1つ選んで○をつけてください。

- ① 歯科医師 ② 歯科衛生士☆

☆質問 2-10-2 で「② 歯科衛生士」と回答された方にお伺いします。

2-10-3 所属先に該当するものを1つ選んで○をつけてください。

- ① 貴施設 ② 併設介護施設 ③ 併設歯科医療機関
④ その他（具体的に_____）

☆質問 2-10 で「② 算定していない」と回答された方にお伺いします。

2-10-4 算定していない理由として該当するもの全てに○をつけてください。

- ① 実施できる職種がない ② 算定する条件がわからない
③ 算定の単位数が低い ④ 他の業務で忙しい
⑤ 算定の条件が厳しすぎる ⑥ 算定対象の入所者がいない
⑦ 算定内容に必要性を感じない ⑧ その他（具体的に_____）

2-11 令和3年度介護報酬の改定にて「口腔衛生管理体制加算」が廃止され、今年度（令和6年度）から、入所時や定期的な口腔内状況の確認が義務化されましたが、「口腔衛生の管理」への対応についてお伺いします。該当するものを1つ選んで○をつけてください。

- ① 問題なく対応している ② なんとか対応している
③ 対応に苦慮している
④ その他（具体的に_____）

☆質問 2-11 で「③ 対応に苦慮している」と回答された方にお伺いします。

2-11-1 苦慮している点を具体的にご記入ください。

2-12 貴施設の協力歯科医療機関の役割について伺います。該当するもの全てに○をつけてください。

- ① むし歯・歯周病・義歯の治療
- ② 施設職員への口腔ケアの指導・助言
- ③ 施設職員への口腔衛生管理の指導・助言
- ④ 入所者の食事摂取に関する相談
- ⑤ 入所者の口腔状態のアセスメント
- ⑥ 入所者の歯科健診
- ⑦ 定期的な入所者に関するカンファレンスへの参加
- ⑧ その他（具体的に_____）

3. 貴施設での口腔ケアについてお伺いします。

3-1 口腔ケアを実施する対象者について該当するものを 1つ選んで○をつけてください。

- ① 原則、入所者全員に実施している
- ② 職員が適切に歯磨きができないと判断した入所者に実施している
- ③ 歯科医師から口腔ケアの介助が必要と判断された入所者に対して実施している
- ④ 本人・家族から要望があった利用者に実施している
- ⑤ 実施していない
- ⑥ その他（具体的に_____）

☆質問 3-1 で①～④と回答された方にお伺いします。

3-1-1 口腔ケアの実施者について該当するもの全てに○をつけてください。

- ① 介護職員 ② 介護福祉士 ③ 看護師
- ④ 歯科衛生士 ⑤ 歯科医師 ⑥ 言語聴覚士
- ⑦ その他（具体的に_____）

3-1-2 口腔ケアに関する責任者について該当するものを 1つ選んで○をつけてください。

- ① 医師 ② 看護師 ③ 歯科医師 ④ 歯科衛生士
- ⑤ 介護職員 ⑥ 介護福祉士 ⑦ 言語聴覚士
- ⑧ その他（具体的に_____）

3-1-3 口腔ケアの内容について該当するもの全てに○をつけてください。

- ① 食後のうがい ② 歯磨き（介助） ③ 歯磨きのチェック
- ④ 入れ歯の清掃（介助） ⑤ スポンジブラシ等を使った口腔内清掃
- ⑥ 唾液腺マッサージ ⑦ 嚥下体操
- ⑧ その他（具体的に_____）

裏面にも質問がございます

3-1-4 入所者に方に口腔ケアを実施する際のマニュアルはありますか。

- ① ある ② ない

3-1-5 口腔ケアの際に使用している用品について該当するもの全てに○をつけてください。

- ① 歯ブラシ ② スポンジブラシ ③ 歯間ブラシ ④ 舌ブラシ
⑤ 歯磨き粉 ⑥ 口腔保湿剤 ⑦ 義歯ブラシ ⑧ 義歯洗浄剤
⑨ その他（具体的に_____）

3-1-6 入所者に方に口腔ケアを実施する際に困っていることがありますか。該当するもの全てに○をつけてください。

- ① 拒否・開口困難な方のケア ② 口腔ケアの方法がわからない
③ 適切な口腔ケア用品が揃っていない ④ 些細なことを相談できる歯科衛生士の配置がない
⑤ 受診が必要かの判断がつかない ⑥ 歯科インプラントに対するケア
⑦ 特にない
⑧ その他（具体的に_____）

3-2 調査票記入者の方からみて、口腔ケアの取組に関する施設長の考えについて該当するものを 1つ選んで○をつけてください。

- ① 非常に積極的である ② やや積極的である ③ どちらともいえない
④ あまり積極的ではない ⑤ 全く積極的ではない ⑥ わからない

3-3 調査票記入者の方からみて、口腔ケアの取組に関する事務長の考えについて該当するものを 1つ選んで○をつけてください。

- ① 非常に積極的である ② やや積極的である ③ どちらともいえない
④ あまり積極的ではない ⑤ 全く積極的ではない ⑥ わからない

3-4 貴施設の職員を対象とした「口腔ケア」に関する研修を実施されていますか？該当するもの1つに○をつけてください。

- ① 年1回 ② 年2回 ③ 年3回以上
④ 不定期（平均すると____年に1回）
⑤ 実施していない
⑥ その他（具体的に_____）

質問は以上で終了です。ご協力ありがとうございました

2022 年歯科疾患実態調査と国民生活基礎調査との個票データリンケージに基づく 歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握と関連要因の分析およびその手法等の検証

研究分担者 大島 克郎 日本歯科大学東京短期大学 教授
研究代表者 三浦 宏子 北海道医療大学歯学部 教授
研究分担者 村田 幸枝 北海道医療大学歯学部 講師
研究分担者 福田 英輝 国立保健医療科学院 統括研究官
研究協力者 石塚 洋一 東京歯科大学衛生学講座 准教授
研究協力者 林田 尚斗 日本歯科大学生命歯学部 助教

研究要旨

【目的】歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）（歯・口腔の健康づくりプラン）では「誰一人取り残さない歯科口腔保健サービス」の提供体制の拡充を目指しており、そのためには、わが国の歯科口腔保健の実態を幅広く把握する必要がある。そこで本研究報告では、歯科疾患実態調査と国民生活基礎調査との個票データをリンケージし、歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握および関連要因の分析を行うとともに、その手法等を検証することにより、ユニバーサルサービスとしての歯科口腔保健サービスの提供に資する施策を推進するための基礎資料を得ることを目的とした。

【方法】統計法の規定に基づき、厚生労働省から 2022 年歯科疾患実態調査および 2022 年国民生活基礎調査の調査票情報の提供を受けた。各政府統計のサンプルサイズは、歯科疾患実態調査 2,709 人（うち口腔診査受診者 2,317 人）、国民生活基礎調査（世帯票・健康票）472,042 人（世帯数：203,819 件）であった。各政府統計のキー変数を作成し、データリンケージを行った（2,239 人（うち、口腔診査受診者 1,927）がリンケージ）。分析対象は 20 歳以上の者 1,981 人とした。分析項目は、歯科口腔保健に関する項目や、社会経済的状況・通院状況・保健行動等を設定した。両者の関連について単変量・多変量解析（修正ポアソン回帰分析、負の二項回帰分析）により分析した。本研究は、北海道医療大学歯学部倫理審査委員会の審査を受け、承認されたうえで実施した（承認番号：第 258 号）。

【結果】分析対象である 20 歳以上の者 1,981 人の特性は、男性 44.7%、女性 55.3%であり、年齢階級では 20～29 歳 3.2%、30～39 歳 7.5%、40～49 歳 13.3%、50～59 歳 14.9%、60～69 歳 19.5%、70～79 歳 27.9%、80 歳以上 13.7%であった。歯科口腔保健の状況に関して、定期的に歯科健診を受診している者は 56.0%、歯間清掃の習慣がある者は 54.2%、歯数に関しては、0 本 3.6%、1～9 本 6.2%、10～19 本 9.3%、20 本以上 68.3%、不詳（口腔診査未受診者）12.7%であった。歯科口腔保健の健康格差の実態について多変量解析により分析したところ、定期的歯科健診の受診や歯間清掃の習慣など歯科口腔保健行動の良好な者は、そうでない者に比べて、都市部の居住者が多く、等価家計支出が高値であり、歯科に通院しており、一般健診を受診している者が多い傾向にあった。

【結論】本研究での分析結果から、定期的歯科健診の受診状況、歯間清掃の実施状況および歯数は、居住地域や世帯の経済状況などとの関連がみられ、先行研究と概ね一致した結果が得られた。また、データリンケージに関して、歯科疾患実態調査 2,709 人のうち、国民生活基礎調査とリンケージ可能であったのは 82.7%であった。異なる政府統計間をデータリンケージすることで、より詳細な分析が行えることから、今後、共通 ID 等の付与などのデータリンケージを適切に行うための手法等の確立が期待される。併せて、歯科疾患実態調査の参加者数は回を重ねるごとに減少が続いていることから、その実施条件の改善等を通じて、参加者数の確保対策も引き続き講じていく必要がある。

A. 研究目的

歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（以下、基本的事項）（第一次）¹⁾は、2022年10月に最終評価報告書が示され、それらの評価結果等を踏まえ、新たな指標等を設定した基本的事項（第二次）（歯・口腔の健康づくりプラン）が2024年4月からスタートした^{2,3)}。基本的事項（第二次）では、すべての国民に必要な歯科口腔保健サービスを提供する、という歯科口腔保健の推進に関する法律の理念のもと、「誰一人取り残さない歯科口腔保健サービス」の提供体制の拡充を目指しており、そのためには、わが国の歯科口腔保健の実態を幅広く把握する必要がある。

そこで本研究報告では、歯科疾患実態調査⁴⁾と国民生活基礎調査⁵⁾との個票データをリンケージし、歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握および関連要因の分析を行うとともに、その手法等を検証することにより、ユニバーサルサービスとしての歯科口腔保健サービスの提供に資する施策を推進するための基礎資料を得ることを目的とした。

B. 研究方法

1. 歯科疾患実態調査と国民生活基礎調査のデータリンケージ

統計法（平成19年法律第53号）第33条第1項の規定に基づき、厚生労働省から、2022年歯科疾患実態調査⁴⁾および2022年国民生活基礎調査⁵⁾の調査票情報の提供を受けた。各政府統計のサンプルサイズは、歯科疾患実態調査2,709人（うち口腔診査受診者2,317人）、国民生活基礎調査（世帯票・健康票）472,042人（世帯数：203,819件）であった。

まず、先行研究⁶⁾を参考に、「都道府県番号」「地区番号」「単位区番号」「世帯番号」「性別」「年齢」の情報をを用いて、各政府統計のキー変数を作成したうえで、データリンケージを行った。このときに、同一のキー変数をもつ複産児と考えられる者については、世帯員番号を参照してリンケージを行った。

次に、歯科疾患実態調査の調査日は2022年11～12月、国民生活基礎調査（世帯票・健康票）の調査日は2022年6月2日であり、その間に誕生日を迎えた者については、上記のキー変数では一致しない。このため、これら生年月が6～12月の者については、年齢に1歳を加えて、データリンケージを行った。なお、国民生活基礎調査では、把握できるのは出生月までで出生日は把握できないため、11～12月に生まれた者に関しては、世帯員番号を使用して歯科疾患実態調査の調査日との整合性をみて、データリンケージを行った。最終的に、各政府統計間でリンケージできたのは2,239人（男性：1,021人、女性1,218人）（うち、口腔診査受診者1,927人）であった。

2. 分析

本研究での分析対象は20歳以上の者1,981人とした。分析対象となる調査項目は、歯科口腔保健に関連する項目や、社会経済的状況・通院状況・保健行動等を選択した。まず、分析対象者の全体像を把握するため、各項目について基本統計量を算出した。次に、被説明変数として、歯科口腔保健に関する指標である、定期的歯科健診の受診状況、歯間清掃の実施の有無、歯数を設定し、説明変数には、性別、年齢、居住地、等価家計支出額、就業状況、通院状況、一般健診の受診状況を設定し、両者の関連について単変量・多変量解析（修正ポアソン回帰分析、負の二項回帰分析）により分析した。データ処理には、統計解析ソフト Stata18 を使用した。

3. 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、北海道医療大学歯学部倫理審査委員会の審査を受け、承認されたうえで実施した（承認番号：第258号）。また、厚生労働省から提供を受けた2022年歯科疾患実態調査および2022年国民生活基礎調査の調査票情報の使用に際しては、申請書に記載した利用場所、利用環境、保管場所および管理方法に十分留意し、分析を行った。

C. 研究結果

1. 分析対象者の特性

表1に、分析対象者の基本属性と各項目の基本統計を示す。分析対象 1,981 人のうち、男性 885 人 (44.7%)、女性 1,096 人 (55.3%) であり、年齢階級では 20～29 歳 63 人 (3.2%)、30～39 歳 149 人 (7.5%)、40～49 歳 263 人 (13.3%)、50～59 歳 295 人 (14.9%)、60～69 歳 387 人 (19.5%)、70～79 歳 553 人 (27.9%)、80 歳以上 271 人 (13.7%) であった。

歯科口腔保健の状況に関して、定期的に歯科健診を受診している者は、1,105 人 (56.0%)、歯間清掃の習慣がある者は 1,069 人 (54.2%)、歯数に関しては、0 本 71 人 (3.6%)、1～9 本 122 人 (6.2%)、10～19 本 184 人 (9.3%)、20 本以上 1,352 人 (68.3%)、不詳（口腔診査未受診者）252 人 (12.7%) であった。

表1 分析対象者の特性と歯科口腔保健状況

	n	%
総数	1,981	100.0
性別		
男性	885	44.7
女性	1,096	55.3
年齢		
20-29	63	3.2
30-39	149	7.5
40-49	263	13.3
50-59	295	14.9
60-69	387	19.5
70-79	553	27.9
80	271	13.7
居住地		
大都市	300	15.1
人口15万人の市	589	29.7
人口5-15万人の市	577	29.1
<人口5万人の市	216	10.9
郡部	299	15.1
等価家計支出額		
quartile 0-25%	450	22.7
quartile 25-50%	418	21.1
quartile 50-75%	504	25.4
quartile 75-100%	544	27.5
不詳	65	3.3
就業状況		
仕事あり	1,031	52.0
学生	11	0.6
家事	464	23.4
仕事なし	407	20.6
不詳	68	3.4
通院状況		
糖尿病	163	8.3
肥満症	13	0.7
脂質異常症	223	11.4
認知症	16	0.8
高血圧症	427	21.8
脳血管疾患	23	1.2
狭心症・心筋梗塞	58	3.0
歯科疾患	163	8.3
一般健診		
受診あり	1,380	73.5
受診なし	497	26.5

	n	%
総数	1,981	100.0
定期的歯科検診の受診		
あり	1,105	56.0
なし	870	44.1
歯間清掃の実施		
あり	1,069	54.2
なし	902	45.8
歯数		
0本	71	3.6
1-9本	122	6.2
10-19本	184	9.3
20本以上	1,352	68.3
不詳（口腔診査未受診者）	252	12.7

2. 定期的歯科健診受診と各項目との関連

表2に、定期的歯科健診受診の有無と各項目との関連を分析した結果を示す。多変量修正ポアソン回帰分析の結果、定期的歯科健診を受診している者は、受診していない者に比べて、統計学的有意に男性が少なく（PR:0.81、基準：女性）、80歳以上が少なく（0.75、基準：20歳代）、大都市に居住する者が多く（1.18、基準：郡部）、等価家計支出額が高く（四分位25～50%:1.20、50～75%:1.23、75～100%:1.33、基準0～25%）、仕事ありの者が少なく（0.86、基準：仕事なし）、肥満症で通院している者が多く（1.47、基準：通院なし）、歯科疾患で通院している者が多く（1.68、基準：通院なし）、一般健診を受診している者が多かった（1.20、基準：受診なし）。

表2 定期的歯科健診受診と各項目との関連

	定期的歯科健診の受診							
	(単変量解析)				(多変量解析)			
	PR	95%CI	P-value		PR	95%CI	P-value	
性別								
男性	0.80	0.74	0.87	<0.001	0.81	0.74	0.89	<0.001
女性	(ref)				(ref)			
年齢								
20-29	(ref)				(ref)			
30-39	0.83	0.62	1.12	0.229	0.76	0.56	1.02	0.070
40-49	0.92	0.70	1.20	0.531	0.81	0.62	1.05	0.111
50-59	1.10	0.85	1.42	0.475	0.94	0.74	1.21	0.654
60-69	1.18	0.92	1.51	0.191	0.98	0.77	1.25	0.858
70-79	1.17	0.91	1.49	0.220	0.89	0.69	1.14	0.350
80	0.97	0.74	1.26	0.813	0.75	0.57	0.98	0.038
居住地								
大都市	1.30	1.12	1.49	<0.001	1.18	1.03	1.36	0.019
人口15万人の市	1.15	1.00	1.31	0.047	1.06	0.93	1.21	0.379
人口5-15万人の市	1.11	0.97	1.27	0.137	1.06	0.93	1.21	0.389
<人口5万人の市	1.03	0.87	1.23	0.727	1.02	0.87	1.21	0.791
郡部	(ref)				(ref)			
等価家計支出額								
quartile 0-25%	(ref)				(ref)			
quartile 25-50%	1.27	1.11	1.45	0.001	1.20	1.05	1.37	0.007
quartile 50-75%	1.34	1.18	1.52	<0.001	1.23	1.08	1.39	0.002
quartile 75-100%	1.47	1.30	1.66	<0.001	1.33	1.18	1.50	<0.001
不詳	1.03	0.77	1.37	0.842	0.95	0.71	1.27	0.710
就業状況								
仕事あり	0.91	0.82	1.01	0.081	0.86	0.76	0.96	0.010
学生	0.65	0.30	1.43	0.282	0.37	0.11	1.27	0.116
家事	1.21	1.09	1.35	0.000	1.00	0.89	1.12	0.995
仕事なし	(ref)				(ref)			
不詳	0.91	0.70	1.16	0.440	0.95	0.74	1.22	0.666
通院状況								
糖尿病	1.00	0.88	1.14	0.983	1.05	0.92	1.20	0.441
肥満症	1.40	1.13	1.73	0.002	1.47	1.17	1.83	0.001
脂質異常症	1.04	0.92	1.16	0.536	0.95	0.85	1.06	0.378
認知症	0.62	0.34	1.14	0.125	0.73	0.42	1.27	0.265
高血圧症	1.10	1.00	1.20	0.048	1.08	0.99	1.19	0.085
脳血管疾患	0.89	0.61	1.28	0.526	0.97	0.69	1.37	0.854
狭心症・心筋梗塞	0.97	0.78	1.21	0.778	1.05	0.84	1.31	0.685
歯科疾患	1.76	1.66	1.87	<0.001	1.68	1.57	1.79	<0.001
一般健診								
受診あり	1.18	1.07	1.30	0.001	1.20	1.09	1.32	<0.001
受診なし	(ref)				(ref)			

3. 歯間清掃の実施の有無と各項目との関連

表3に、歯間清掃を習慣としている者の有無と各項目との関連を分析した結果を示す。多変量修正ポアソン回帰分析の結果、歯間清掃を習慣としている者は、そうでない者に比べて、統計学的有意に男性が少なく（PR:0.72、基準：女性）、50歳代の者が多く（1.59、基準20歳代）、大都市に居住する者が多く（1.24、基準：郡部）、等価家計支出額が高く（四分位50～75%:1.17、基準0～25%）、仕事ありの者が少なく（0.86、基準：仕事なし）、肥満症で通院している者が多く（1.57、基準：通院なし）、歯科疾患で通院している者が多く（1.35、基準：通院なし）、一般健診を受診している者が多かった（1.24、基準：受診なし）。

表3 歯間清掃の実施と各項目との関連

	歯間清掃の実施						
	(単変量解析)				(多変量解析)		
	PR	95%CI		P-value	PR	95%CI	P-value
性別							
男性	0.68				0.72		
女性	(ref)				(ref)		
年齢							
20-29	(ref)				(ref)		
30-39	1.27	0.89	1.81	0.190	1.27	0.86	1.87
40-49	1.49	1.07	2.08	0.018	1.43	0.99	2.06
50-59	1.70	1.23	2.35	0.001	1.59	1.11	2.27
60-69	1.53	1.11	2.13	0.010	1.43	0.99	2.04
70-79	1.45	1.05	2.00	0.026	1.27	0.88	1.83
80	1.03	0.73	1.46	0.858	0.91	0.62	1.35
居住地							
大都市	1.33	1.14	1.55	<0.001	1.24	1.06	1.44
人口15万人の市	1.21	1.05	1.40	0.009	1.15	1.00	1.32
人口5-15万人の市	1.19	1.03	1.37	0.020	1.15	1.00	1.32
<人口5万人の市	1.20	1.01	1.42	0.042	1.17	0.99	1.38
郡部	(ref)				(ref)		
等価家計支出額							
quartile 0-25%	(ref)				(ref)		
quartile 25-50%	1.14	1.00	1.31	0.049	1.07	0.94	1.22
quartile 50-75%	1.26	1.12	1.43	<0.001	1.17	1.04	1.32
quartile 75-100%	1.25	1.10	1.41	<0.001	1.12	0.99	1.26
不詳	0.92	0.68	1.24	0.582	0.91	0.67	1.22
就業状況							
仕事あり	1.10	0.98	1.24	0.107	0.86	0.75	0.99
学生	0.95	0.50	1.84	0.888	0.75	0.29	1.97
家事	1.39	1.23	1.57	0.000	1.02	0.90	1.17
仕事なし	(ref)				(ref)		
不詳	0.81	0.59	1.12	0.205	0.81	0.60	1.11
通院状況							
糖尿病	0.83	0.70	0.99	0.038	0.93	0.78	1.10
肥満症	1.43	1.07	1.91	0.015	1.57	1.11	2.21
脂質異常症	1.15	1.02	1.29	0.026	1.06	0.94	1.19
認知症	0.58	0.28	1.24	0.160	0.73	0.37	1.46
高血圧症	0.96	0.86	1.06	0.396	1.01	0.91	1.13
脳血管疾患	0.81	0.51	1.29	0.376	0.98	0.61	1.58
狭心症・心筋梗塞	0.95	0.73	1.24	0.696	1.13	0.86	1.49
歯科疾患	1.39	1.26	1.54	<0.001	1.35	1.21	1.50
一般健診							
受診あり	1.28	1.15	1.42	<0.001	1.24	1.11	1.37
受診なし	(ref)				(ref)		

4. 歯数と各項目との関連

表4に、歯数と各項目との関連を分析した結果を示す。多変量負の二項回帰分析の結果、歯数が多い者は、少ない者に比べて、統計学的有意に年齢が高い者が少なく（60～69歳：PR:0.84、70～79歳:0.67、80歳以上:0.49、基準20～29歳）、人口5～15万人の市に居住する者が多く（1.07、基準：郡部）、等価家計支出額が高く（四分位25～50%:1.07、50～75%:1.08、75～100%:1.13、基準0～25%）、糖尿病で通院している者が少なく（0.89、基準：通院なし）、肥満症で通院している者が多く（1.31、基準：通院なし）、認知症で通院している者が少なく（0.57、基準：通院なし）、狭心症・心筋梗塞で通院している者が少なかった（0.88、基準：通院なし）。

表4 歯数と各項目との関連

	歯数							
	(単変量解析)				(多変量解析)			
	PR	95%CI	P-value		PR	95%CI	P-value	
性別								
男性	0.93				0.96			
女性	(ref)				(ref)			
年齢								
20-29	(ref)				(ref)			
30-39	0.99	0.86	1.13	0.861	0.98	0.84	1.13	0.756
40-49	0.98	0.86	1.11	0.719	0.96	0.84	1.10	0.569
50-59	0.93	0.82	1.06	0.277	0.91	0.79	1.05	0.184
60-69	0.86	0.76	0.97	0.013	0.84	0.73	0.96	0.009
70-79	0.70	0.62	0.79	<0.001	0.67	0.59	0.77	<0.001
80	0.50	0.44	0.57	<0.001	0.49	0.42	0.56	<0.001
居住地								
大都市	1.05	0.97	1.15	0.221	1.05	0.98	1.13	0.161
人口15万人の市	1.06	0.99	1.14	0.106	1.06	0.99	1.13	0.073
人口5-15万人の市	1.07	0.99	1.14	0.080	1.07	1.01	1.14	0.025
<人口5万人の市	1.01	0.92	1.11	0.795	0.99	0.91	1.07	0.748
郡部	(ref)				(ref)			
等価家計支出額								
quartile 0-25%	(ref)				(ref)			
quartile 25-50%	1.07	0.99	1.14	0.076	1.07	1.00	1.13	0.037
quartile 50-75%	1.08	1.01	1.16	0.019	1.08	1.02	1.15	0.008
quartile 75-100%	1.10	1.03	1.18	0.003	1.13	1.07	1.19	<0.001
不詳	1.00	0.87	1.16	0.952	1.11	0.99	1.26	0.084
就業状況								
仕事あり	1.33	1.26	1.41	<0.001	0.99	0.93	1.05	0.772
学生	1.51	1.13	2.01	0.006	1.03	0.76	1.39	0.858
家事	1.19	1.12	1.28	<0.001	1.02	0.96	1.09	0.528
仕事なし	(ref)				(ref)			
不詳	0.93	0.82	1.06	0.269	0.92	0.82	1.03	0.152
通院状況								
糖尿病	0.82	0.76	0.90	<0.001	0.89	0.82	0.96	0.002
肥満症	1.26	0.97	1.65	0.082	1.31	1.04	1.65	0.020
脂質異常症	1.04	0.97	1.12	0.298	1.04	0.98	1.11	0.189
認知症	0.48	0.36	0.65	<0.001	0.57	0.44	0.74	<0.001
高血圧症	0.89	0.84	0.95	<0.001	1.03	0.98	1.09	0.252
脳血管疾患	0.84	0.68	1.03	0.091	0.92	0.76	1.10	0.360
狭心症・心筋梗塞	0.77	0.68	0.89	0.000	0.88	0.78	1.00	0.041
歯科疾患	1.00	0.92	1.08	0.960	1.05	0.97	1.12	0.218
一般健診								
受診あり	1.09	1.04	1.16	0.001	1.01	0.97	1.06	0.597
受診なし	(ref)				(ref)			

D. 考察

本研究報告では、2022 年歯科疾患実態調査と 2022 年国民生活基礎調査のデータリンケージを行い、歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握および関連要因の分析を行うとともに、その手法等を検証することを趣旨とした。その結果、定期的歯科健診の受診や歯間清掃の習慣など、歯科口腔保健行動の良好な者は、そうでない者に比べて、都市部の居住者が多く、等価家計支出が高値であることなどとの関連がみられた。先行研究では、歯科口腔保健を規定する要因として、居住地域や収入などの社会経済的要因との関連が報告されている⁷⁻⁹⁾。本分析結果も同一の傾向がみられており、政府統計を活用したデータリンケージによる分析の有用性を裏付けるものである。

近年の歯科口腔保健に関する施策動向として、生涯を通じた歯科健診の受診（いわゆる国民皆歯科健診）について、具体的に取組を進めることの必要性が「経済財政運営と改革の基本方針 2024（骨太方針 2024）」¹⁰⁾において示されている。本研究結果の特に着目すべき点として、定期的に歯科健診を受診している者の特性として、性別・年齢や収入等を調整しても、仕事をしている者が少ない一方で、一般健診を受診している者が多い傾向にあった。この結果から、国民皆歯科健診を推進する方策の一つとして、職場における一般健診のオプションの一つとして歯科健診を制度化等することの有用性が示唆される。

また、データリンケージに関して、2022 年歯科疾患実態調査の調査参加者 2,709 人のうち、2022 年国民生活基礎調査（世帯票・健康票）472,042 人とリンケージ可能であったのは 82.7%であった。歯科疾患実態調査の方法等を示した歯科疾患実態調査必携によれば、その調査対象は「国民生活基礎調査の調査区に設定された単位区から、300 単位区を無作為に抽出し、当該単位区内の満 1 歳以上の世帯員を報告者とする（300 単位区内の満 1 歳以上の世帯員総数は約 15,000 人）。なお、国民生活基礎調査の報告が得られなかった世帯員については、報告を求めない。」と記載されている。すなわち、理論上はすべてのデータがリンケージできるはずではあるが、実際には前述の結果であった。この理由として、歯科疾患実態調査の実施時における誤入力や世帯番号・世帯員番号の変更などが考えられる。歯科疾患実態調査は、わが国の歯科口腔保健の実態を把握することを趣旨としており⁴⁾、他方、国民生活基礎調査は、保健・医療・福祉・年金・所得などの国民生活の基礎的事項を把握することを趣旨としている⁵⁾。基本的事項（第二次）の趣旨を踏まえ、歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握を進める観点から、両政府統計間のデータリンケージによる解析は意義あることといえる。今後、共通 ID 等の付与などのデータリンケージを適切に行うための手法等の確立が期待される。

加えて、歯科疾患実態調査の参加者数は回を重ねるごとに減少が続いていることから、この課題への対策も不可欠である。大島らの厚生労働科学研究の報告¹¹⁾では、都市部・中間部・地方部の居住者を対象に、歯科疾患実態調査への参加を促進する実施条件についてコンジョイント分析により評価したところ、特に実施場所が最も重視されていた（近隣の歯科医院での実施）。こうした結果を踏まえて、歯科疾患実態調査の実施にあたっては、その実施条件の改善等を通じて、参加者数の確保対策も引き続き講じていく必要がある。

E. 結論

本研究報告では、2022 年歯科疾患実態調査と 2022 年国民生活基礎調査とのデータリンケージを行い、歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握と関連要因を分析した。その結果、以下の結論を得た。

- 定期的歯科健診の受診状況、歯間清掃の実施状況および歯数は、居住地域や世帯の経済状況などとの関連がみられ、先行研究と概ね一致した結果が得られた。
- 定期的に歯科健診を受診している者の特性として、性別・年齢や収入等を調整しても、仕事をしている者が少ない一方で、一般健診を受診している者が多い傾向にあった。このため、国民皆歯科健診を推進する方策の一つとして、職場の一般健診に歯科健診を制度化等することの有用性が示唆された。
- データリンケージに関して、歯科疾患実態調査 2,709 人のうち、国民生活基礎調査とリンケージ可

能であったのは82.7%であった。異なる政府統計間をデータリンクージュすることで、より詳細な分析が行えることから、今後、共通 ID 等の付与などのデータリンクージュを適切に行うための手法等の確立が期待される。

F. 引用文献

1. 独立行政法人印刷局. 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項. 官報. 平成 24 年 7 月 23 日 ; 158 (号外) : 8-12.
2. 独立行政法人印刷局. 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項を全部改正する件. 官報. 令和 5 年 10 月 5 日 ; 210 (号外) : 6-10.
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, 令和 5 年 10 月 5 日, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/shikakoukuuhoken/index.html, <https://www.mhlw.go.jp/content/001154214.pdf> (2025 年 3 月 25 日アクセス)
4. 厚生労働省 : 歯科疾患実態調査, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-17.html> (2025 年 3 月 25 日アクセス)
5. 厚生労働省 : 国民生活基礎調査, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html> (2025 年 3 月 25 日アクセス)
6. 池田奈由, 西 信雄 : 国民健康・栄養調査の非協力者を同定するための国民生活基礎調査とのレコード・リンクージュにおけるキー変数の組合せに関する検討, 日本公衆衛生雑誌 66, 210-218, 2019.
7. Schwendicke F, Dörfer CE, Schlattmann P, Foster Page L, Thomson WM, Paris S. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. J Dent Res. 2015, 94:10-8. doi: 10.1177/0022034514557546.
8. Reda SM, Krois J, Reda SF, Thomson WM, Schwendicke F. The impact of demographic, health-related and social factors on dental services utilization: Systematic review and meta-analysis. J Dent. 2018, 75:1-6. doi: 10.1016/j.jdent.2018.04.010.
9. Oshima K, Miura H, Tano R, Fukuda H. Urban-rural differences in the prevalence of having a family dentist and their association with income inequality among Japanese individuals: a cross-sectional study. BMC Oral Health. 2024, 24:741. doi: 10.1186/s12903-024-04528-8.
10. 内閣府 : 経済財政運営と改革の基本方針 2024, P42, 2024. <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2024/decision0621.html> (2025 年 3 月 25 日アクセス)
11. 大島克郎, 福田英輝, 三浦宏子, 井田有亮, 石塚洋一, 堀江 博, 本田和枝, 村田幸枝 : 歯科疾患実態調査への参加を促進する実施条件に関する研究, 厚生労働行政推進調査事業費 (地域医療基盤開発推進研究事業), 歯科疾患実態調査の効率的・効果的な実施方法等に関する研究, 令和 5 年度分担研究報告書, 2023. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202321065A-buntan1.pdf (2025 年 3 月 25 日アクセス)

G. 研究発表

1. Oshima K, Miura H, Tano R, Fukuda H. Urban-rural differences in the prevalence of having a family dentist and their association with income inequality among Japanese individuals: a cross-sectional study. BMC Oral Health. 24, 741, 2024.
2. 第 84 回 (2025 年) 日本公衆衛生学会総会において発表予定 (申請中)

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

令和4年歯科疾患実態調査における問診項目と歯科疾患との関連

研究分担者 福田英輝 国立保健医療科学院 統括研究官

研究要旨

【目的】 令和4年度歯科疾患実態調査における問診項目のうち、歯や口の自覚症状に関する項目、および過去1年間ににおける歯科検診受診に関する項目と未処置う蝕、あるいは4 mm以上の歯周ポケットとの関連を分析し、これら問診項目の活用について検討する。

【方法】 令和4年歯科疾患実態調査における調査票情報は、二次的利用を目的として申請・入手した。本研究では、歯や口の自覚症状として「歯や口の状態について気になることがありますか？」という問診項目、および「歯の症状」「歯ぐきの症状」「口の機能」および「その他」に関する問診項目を用いた。また「あなたはこの1年間に歯科検診を受けましたか？」の問診項目を用いた。歯科疾患として、口腔内診査の「歯・補綴の状況」、および「歯肉状況」から、「未処置う蝕を有している者」および「4 mm以上の歯周ポケットを有している者」を抽出した。分析の対象者は、令和4年歯科疾患実態調査の被調査者（口腔診査受診者）のうち、成人期、とくに働く世代の者である20歳以上65歳未満の者とした。分析は、各問診項目別にみた「未処置う蝕を有している者」の割合、および「4 mm以上の歯周ポケットを有する者」の割合を算出し、フィッシャーの正確確率検定にて、割合の検定を行った。

【結果と考察】 「歯や口の状態で気になること」が「ある」とした者では、いずれの性・年齢区分においても、「未処置う蝕を有する者」および「4 mm以上の歯周ポケットを有する者」の割合は、有意に大きかった。「未処置う蝕を有する者」の割合は、「歯をみがくと血がでる」「噛めないものがある」および「口がかわく」の3項目と有意な関連がみられた。「4 mm以上の歯周ポケットを有する者」の割合は、「歯ぐきが腫れている」および「歯をみがくと血がでる」の2項目と有意な関連がみられた。過去1年間に歯科検診を受診した者では、「未処置のう蝕を有する者」および「4 mm以上の歯周ポケットを有する者」の割合は、いずれも有意に小さかった。歯科疾患実態調査における自覚症状の問診項目は、歯科疾患のスクリーニングを目的とした項目ではないものの、歯科疾患量を反映している可能性があるため、経年的モニタリングの必要性が示された。また、過去1年間の歯科検診の有無は、歯科疾患の有無と有意に関連することが示された。同指標は、健康日本21（第三次）「歯の健康」の指標の一つであるが、改めてその有効性が示された。

A. 研究目的

歯科疾患実態調査は、昭和32（1957）年から実施されており、本研究の対象年度である令和4（2022）年の歯科疾患実態調査は、第12回調査であった。歯科疾患実態調査から得られる結果は、わが国の歯科口腔保健施策の計画策定時における基準値として、また計画評価時における評価指標として、提供されてきた。しかしながら、歯科疾患実態調査の被調査者数は、経年的な減少を続けており、第1回調査時の被調査者数は、30,504人であったが、直近の第12回調査では2,709人であった¹⁾。

令和5年度「歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握および調査手法の改善のための研究」分担研究では、

新興感染症の発生時等、歯科医師による口腔内診査を伴う調査が実施できない場合、歯科疾患のスクリーニング、あるいはサーベイランスとしての自記式アンケートの利用可能性を探ることを目的として、日本人成人を対象とした国内外の文献検索を行い、文献レビューを行った。その結果、歯周疾患のスクリーニングとしての自記式アンケート項目に加えて、歯科専門職からの指摘経験に基づいた項目の活用可能性が示された。一方、う蝕をスクリーニングするための日本人成人を対象とした研究はみあたらなかった²⁾。

令和4年歯科疾患実態調査では、歯や口の自覚症状に関する問診項目が設置されている。これらの項目は、歯科口腔領域における有訴者率の状況把握として活用されており、必ずしも歯科疾患のスクリーニング目的として設置された自記式アンケート項目ではない。本研究では、これらの歯や口の自覚症状と歯科疾患との関連を分析することで、自覚症状に関する問診項目の活用について検討を行う。また、健康日本21（第三次）の「歯・口腔の健康」領域の3指標の一つである「過去1年間に歯科検診を受診した者の割合」³⁾と歯科疾患との関連についても分析をすすめ、本指標の有効性を確認する。

B. 研究方法

令和4年歯科疾患実態調査の調査票情報は、二次的利用を目的として申請・入手した。本研究では、歯や口の自覚症状に関する問診項目として、「歯や口の状態について気になることがありますか？」という設問、および「歯の症状」「歯ぐきの症状」「口の機能」および「その他」の各項目についての調査票情報を用いた。さらに「あなたはこの1年間に歯科検診を受けましたか？」についての調査票情報を利用した。

口腔内診査に関する調査票情報については、歯・補綴の状況、および歯肉状況から、「未処置う蝕を有している者」および「4mm以上の歯周ポケットを有している者」を算出した。分析対象者は、令和4年歯科疾患実態調査の口腔内診査を受診した2,317人のうち、成人期、とくに働く世代の者である20歳以上65歳未満の978人とした。分析は、歯や口の自覚症状、および1年間の歯科検診受診の有無別にみた未処置う蝕を有している者の割合、および4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合を算出し、フィッシャーの正確確率検定にて、割合の検定を行った。

令和4年歯科疾患実態調査の調査票情報の入手・分析にあたっては、北海道医療大学（承認番号 第258号）、および国立保健医療科学院（NIPH-IBRA #24031）における倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1. 歯科口腔保健領域における自覚症状

1) 自覚症状の有無別にみた歯科疾患の有病割合

本調査の分析対象である978名のうち、「歯や口の状態で気になることはありますか？」の質問に対して「ある」とした者は454名（46.4%）であった。自覚症状の有無別にみた「未処置う蝕を有する者」の割合および「4mm以上の歯周ポケットを有する者」の割合は、いずれの性・年齢区分においても、自覚症状が「ある」とした者において、「ない」とした者と比較して、有意に大きかった（表1、表2）。

2) 「歯の症状」「歯ぐきの症状」「口の機能」および「その他」の自覚症状別にみた歯科疾患の有病割合 ア) 未処置う蝕

「未処置う蝕を有する者」の割合と有意な関連がみられた自覚症状は、「歯をみがくと血がでる」「噛めないものがある」「口がかわく」の3項目であった（表3）。

イ) 4mm以上の歯周ポケットを有する者

「4 mm以上の歯周ポケットを有する者」の割合と有意な関連がみられた自覚症状は、「歯ぐきが腫れている」「歯をみがくと血がでる」の2項目であった（表4）。

3) 過去1年間の歯科検診受診の有無

過去1年間に歯科検診を受診したと回答した者は、499人（51.1%）であった。

過去1年間の歯科検診受診の有無別にみた「未処置う蝕を有する者」の割合、および「4 mm以上の歯周ポケットを有している者」の割合は、過去1年間の歯科検診を受けた者において、受けていない者と比較して、いずれも有意に小さかった（表5、表6）。

D. 考察

歯科疾患実態調査に設置された歯や口の自覚症状、および過去1年間の歯科検診受診の有無に関する問診項目について、「未処置う蝕を有する者」の割合、および「4 mm以上の歯周ポケットを有する者」の割合との関連を分析した。その結果、「未処置う蝕を有する者」および「4 mm以上の歯周ポケットを有する者」の割合は、歯や口の自覚症状を有する者では、有意に大きかった。あわせて、過去1年間の歯科検診を受診した者においては、有意に小さかった。「4 mm以上の歯周ポケットを有する者」の割合は、歯ぐきの腫れや出血等の歯ぐきに特異的な自覚症状と有意に関連していたが、「未処置う蝕を有する者」においては、歯に特異的な自覚症状を有しなかった。

歯科疾患実態調査では、歯科医師による口腔内診査を伴う実態調査であるため、自覚症状に関する問診項目は、歯科疾患のスクリーニングを目的としていない。しかしながら、歯や口の自覚症状の有無は、未処置う蝕、あるいは4 mm以上の歯周ポケットと有意な関連が示された。国民における歯科口腔領域における有訴者率の経年的な把握は、歯科疾患量に関する経年変化の推定に役立つ可能性が示唆されるが、さらなる検討が必要である。

「4 mm以上の歯周ポケットを有する者」は、歯ぐきの腫れや出血など、特異的な自覚症状と関連していたが、「未処置う蝕を有する者」は、歯に特異的な自覚症状との関連がみられなかった。前述のように、歯科口腔領域における自覚症状は、歯科疾患と関連する可能性はあるものの、必ずしも特異的な自覚症状と関連しない可能性があるため、口腔内診査に基づく歯科疾患の確認の必要性が示された。

歯科口腔領域における自覚症状は、歯科疾患と関連しているものの、未処置う蝕については特定の自覚症状と関連していなかったことから、自覚症状をきっかけとした歯科医療機関への受診勧奨は有効であることが示された。さらに、過去1年間の歯科検診を受診した者においては、歯科疾患を有している者の割合が、有意に小さいことから、かかりつけ歯科医による定期歯科受診の重要性が改めて示された。健康日本21（第三次）「歯・口腔の健康」における評価項目の一つとして「過去1年間における歯科検診を受けたことがある者の割合」の増加が掲げられており、現状52.9%（平成28年国民健康・栄養調査）であるが、最終評価時の令和14（2032）年には95%まで引き上げることが計画されている。当該目標の達成に向けた基礎資料になると考えられた。昨年度の研究では、歯科疾患のスクリーニングとして自覚症状に基づく項目に加え、「歯周病の指摘経験」「歯槽骨喪失の指摘経験」等の歯科専門職から指摘に基づく質問項目⁴⁾の有効性が示された。かかりつけ歯科医による定期的な歯科受診が推進され、国民自らが自分の口腔内状況を正確に把握することにより、自覚症状によるスクリーニングではなく、歯科専門職による指摘に基づくスクリーニングの一層の活用が期待される。

E. 結論

歯科口腔領域における自覚症状の有無は、歯科疾患と関連しており、国民の歯科疾患量を検討するための資料になる可能性が示された。しかしながら、歯科疾患と特異的に問診項目が関連するとは言えな

いため、歯科医師による口腔内診査の必要性があわせて示された。1年間における歯科検診の受診は、歯科疾患と関連することから、かかりつけ歯科医による歯科疾患管理の必要性を周知するとともに、歯科専門職による指摘に基づくスクリーニング項目の有効が高まる可能性が示された。

F. 引用文献

¹⁾ 厚生労働省. 令和4年 歯科疾患実態調査結果の概要. 令和5年6月.

<https://www.mhlw.go.jp/content/10804000/001112405.pdf>

²⁾ 福田英輝. 歯科疾患スクリーニングとしての自記式アンケートに関する文献レビュー. 厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握および調査手法の改善のための研究」、研究代表者：三浦宏子）令和5年度分担研究報告書.

https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/download_pdf/2023/202321034A.pdf

³⁾ 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会/次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会/歯科口腔保健の推進に関する専門委員会. 健康日本21（第三次）推進のための説明資料. 令和5年5月.

<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001158816.pdf>

⁴⁾ 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.

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

表1 性・年齢区分別にみた歯・口の状態で気になることと未処置う蝕との関連

		歯・口の状態で 気になること	人数	未処置のう蝕の 有無		P値	a)
				なし	あり		
性別							
男性	ない	233	70.4%	29.6%	0.04		
	ある	179	60.3%	39.7%			
女性	ない	291	80.8%	19.2%	0.00		
	ある	275	65.5%	34.5%			
年齢階級							
20-39歳	ない	142	71.1%	28.9%	0.04		
	ある	106	58.5%	41.5%			
40-65歳	ない	382	78.0%	22.0%	0.00		
	ある	348	64.9%	35.1%			
総数							
	ない	524	76.1%	23.9%	0.00		
	ある	454	63.4%	36.6%			
合計		978	70.2%	29.8%			

表2 性・年齢区分別にみた歯・口の状態で気になることと4 mm以上の歯周ポケットとの関連

		歯・口の状態で 気になること	人数	歯周ポケット4mm 以上の有無		P値	a)
				なし	あり		
性別							
男性	ない	233	57.5%	42.5%	0.03		
	ある	179	46.4%	53.6%			
女性	ない	291	68.0%	32.0%	0.07		
	ある	275	60.4%	39.6%			
年齢階級							
20-39歳	ない	142	73.2%	26.8%	0.13		
	ある	106	64.2%	35.8%			
40-65歳	ない	382	59.7%	40.3%	0.04		
	ある	348	52.0%	48.0%			
総数							
	ない	524	63.4%	36.6%	0.01		
	ある	454	54.8%	45.2%			
合計		978	59.4%	40.6%			

表3 歯や口の状態と未処置う蝕との関連

		人数	未処置のう蝕の有無		P値 a)
			なし	あり	
【歯の症状】					
歯が痛い					
	なし	945	70.7%	29.3%	0.12
	あり	33	57.6%	42.4%	
冷たいものや熱いものがしみる					
	なし	830	71.0%	29.0%	0.24
	あり	148	66.2%	33.8%	
【歯ぐきの症状】					
歯ぐきが痛い					
	なし	957	70.3%	29.7%	0.81
	あり	21	66.7%	33.3%	
歯ぐきが腫れている					
	なし	929	70.2%	29.8%	1.00
	あり	49	71.4%	28.6%	
歯をみがくと血がでる					
	なし	871	72.4%	27.6%	<0.01
	あり	107	52.3%	47.7%	
【口の機能】					
噛めないものがある					
	なし	946	71.4%	28.6%	<0.01
	あり	32	37.5%	62.5%	
飲み込みにくい					
	なし	971	70.2%	29.8%	1.00
	あり	7	71.4%	28.6%	
口がかわく					
	なし	931	71.0%	29.0%	0.03
	あり	47	55.3%	44.7%	
【その他】					
口臭がある					
	なし	898	71.0%	29.0%	0.07
	あり	80	61.3%	38.8%	
合計		978	70.2%	29.8%	

a) Fisher's exact test

表4 歯や口の状態と未処置の歯周ポケット4mm以上との関連

		人数	歯周ポケット4mm以上の有無		P値 a)
			なし	あり	
【歯の症状】					
歯が痛い					
	なし	945	59.6%	40.4%	0.59
	あり	33	54.5%	45.5%	
冷たいものや熱いものがしみる					
	なし	830	60.0%	40.0%	0.41
	あり	148	56.1%	43.9%	
【歯ぐきの症状】					
歯ぐきが痛い					
	なし	957	59.7%	40.3%	0.27
	あり	21	47.6%	52.4%	
歯ぐきが腫れている					
	なし	929	60.3%	39.7%	0.02
	あり	49	42.9%	57.1%	
歯をみがくと血がでる					
	なし	871	61.5%	38.5%	<0.01
	あり	107	42.1%	57.9%	
【口の機能】					
噛めないものがある					
	なし	946	59.6%	40.4%	0.47
	あり	32	53.1%	46.9%	
飲み込みにくい					
	なし	971	59.4%	40.6%	1.00
	あり	7	57.1%	42.9%	
口がかわく					
	なし	931	59.6%	40.4%	0.65
	あり	47	55.3%	44.7%	
【その他】					
口臭がある					
	なし	898	60.0%	40.0%	0.19
	あり	80	52.5%	47.5%	
合計		978	59.4%	40.6%	

a) Fisher's exact test

表5 過去1年間の歯科検診受診の有無と未処置う蝕との関連

	人数	未処置のう蝕の有無		P値 a)
		なし	あり	
1年間の歯科検診受診				
受けていない	477	61.8%	38.2%	<0.01
受けた	499	78.4%	21.6%	
合計	976	59.3%	40.7%	

a) Fisher's exact test

表6 過去1年間の歯科検診の有無と歯周ポケット4mm以上との関連

	人数	歯周ポケット4mm以上の有無		P値 a)
		なし	あり	
1年間の歯科検診受診				
受けていない	477	54.1%	45.9%	<0.01
受けた	499	64.3%	35.7%	
合計	978	59.4%	40.6%	

a) Fisher's exact test

歯科診療所での患者を対象とした調査結果と歯科疾患実態調査との関連性 に関する分析の追加実施

研究協力者 石塚洋一 東京歯科大学 衛生学講座 准教授
研究分担者 大島克郎 日本歯科大学東京短期大学 教授
研究分担者 福田英輝 国立保健医療科学院 統括研究官
研究代表者 三浦宏子 北海道医療大学歯学部 教授

研究要旨

【目的】

本研究は、厚生労働行政推進調査事業費（地域医療基盤開発推進研究事業）「歯科疾患実態調査の効率的・効果的な実施方法等に関する研究」（23IA2003）で解析した項目に加え、調査票情報を用いて、当該研究事業で全国の歯科診療所において令和4年歯科疾患実態調査と同様の調査項目を用いた患者を対象とした調査結果と令和4年歯科疾患実態調査との関連性に関する分析を追加実施することにより、歯科診療所等の協力を得た歯科疾患実態調査の実施可能性を検討することを目的とした。

【方法】

歯科診療所調査（厚生労働科学特別研究事業「我が国の歯科口腔保健の実態把握を継続的・安定的に実施する手法の開発のための調査研究」）の20歳以上84歳までの患者5,750名を対象とした。歯科疾患実態調査の結果は、二次利用申請で得られた「令和4年歯科疾患実態調査」のデータを用いた。本調査では、歯科診療所調査と歯科疾患実態調査の2群に分けて比較検討した。統計学的解析方法は、t検定を用いた。統計学的有意差は危険率5%未満のものとした。解析項目は、1人平均DMF歯数（DMFT指数）、1人平均未処置歯数、1人平均歯根面齲蝕（未処置歯）数、1人平均処置（充填、クラウン）歯数、1人平均喪失歯数、1人平均現在歯数、1人平均健全歯数とした。

【結果】

歯科疾患実態調査と比較して歯科診療所調査で高かったものは、1人平均DMF歯数（DMFT指数）、1人平均処置（充填、クラウン）歯数、1人平均現在歯数であった。一方、歯科疾患実態調査と比較して歯科診療所調査で低かったものは、1人平均歯根面齲蝕（未処置歯）数、1人平均喪失歯数、1人平均健全歯数であった。歯科診療所調査と歯科疾患実態調査で同様の傾向を示したものは、1人平均未処置歯数であった。

【結論】

パンデミック等で歯科疾患実態調査が中止となった場合にも実施可能な調査手法として、歯科診療所の受診患者を対象とした調査手法から、ある一定の精度で歯科疾患実態調査を補完するデータを取得できることが示唆された。しかしながら、歯科診療所データを利用する場合は、対象者が一般の生活者ではなく、歯科診療所を受診した（している）患者であるという特性を考慮する必要がある。

A. 研究目的

歯科疾患実態調査は、昭和 32 年から始まり、令和 4 年には第 12 回調査が実施された。当該調査の結果は、わが国の歯科保健の現状把握に用いられるとともに、今後の歯科保健対策の推進に向けた基礎的資料として広く活用されている。

歯科疾患実態調査の被調査者は、全国から無作為抽出されるため、国民の代表値であると考えられている。そのため、当該調査の結果は、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」および「国民健康づくり運動プラン」における現状値の設定、および中間・最終評価時において参照される。しかしながら、第 12 回調査は、新型コロナウイルス感染症流行のため中止・延期となり、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」および「健康日本 21（第二次）」の最終評価として参照できず、E 評価（評価困難）となる項目が発生した。

本研究は、厚生労働行政推進調査事業費（地域医療基盤開発推進研究事業）「歯科疾患実態調査の効率的・効果的な実施方法等に関する研究」（23IA2003）¹⁾ で解析した項目に加え、調査票情報を用いて、当該研究事業で全国の歯科診療所において令和 4 年歯科疾患実態調査と同様の調査項目を用いた患者を対象とした調査結果と令和 4 年歯科疾患実態調査との関連性に関する分析を追加実施することにより、歯科診療所等の協力を得た歯科疾患実態調査の実施可能性を検討することを目的とした。

B. 研究方法

2022 年 11 月 16 日から 11 月 30 日の期間に、全国の 8 都道府県（北海道・岩手県・東京都・岐阜県・京都府・広島県・高知県・長崎県）の県庁所在地とそれ以外の地域（人口が概ね 3,000 人～10,000 人の地域）の歯科診療所で実施した歯科診療所調査（厚生労働科学特別研究事業「我が国の歯科口腔保健の実態把握を継続的・安定的に実施する手法の開発のための調査研究」（22CA2030）²⁾）の 20 歳以上 84 歳までの患者 5,750 名を対象者とした。

歯科疾患実態調査の結果は、二次利用申請で得られた「令和 4 年歯科疾患実態調査」のデータを用いた。本調査では、歯科診療所調査と歯科疾患実態調査の 2 群に分けて比較検討した。統計学的解析方法は、t 検定を用いた。統計学的有意差は危険率 5%未満のものとした。

解析項目は、1 人平均 DMF 歯数（DMFT 指数）、1 人平均未処置歯数、1 人平均歯根面齲蝕（未処置歯）数、1 人平均処置（充填、クラウン）歯数、1 人平均喪失歯数、1 人平均現在歯数、1 人平均健全歯数とした。

C. 研究結果

1. 1人平均 DMF 歯数 (DMFT 指数)

歯科診療所調査では、歯科疾患実態調査と比較して、1人平均 DMF 歯数 (DMFT 指数) は、20～24、25～29、30～34、35～39、40～44、45～49、50～54、55～59、60～64、65～69、70～74 の年齢階級で高かった (表 1、図 1)。

表 1. 1人平均 DMF 歯数 (DMFT 指数)、年齢階級別 (20 歳以上 85 歳未満)

年齢階級 (歳)	被調査者数 (人)		1人平均DMF歯数 (DMFT指数)								
	診療所 調査	歯実調	総数			男			女		
			診療所 調査	歯実調	p value	診療所 調査	歯実調	p value	診療所 調査	歯実調	p value
総数	5732	1942	16.75±7.651	15.97±7.655	<.001	16.80±7.794	15.91±8.073	0.004	16.72±7.549	16.02±7.310	0.007
20～24	306	52	6.73±5.959	3.50±4.137	<.001	6.97±6.139	3.13±4.994	0.003	6.61±5.875	3.79±3.374	<.001
25～29	359	38	9.41±6.740	5.29±4.942	<.001	9.44±7.392	5.00±4.261	0.002	9.39±6.243	5.46±5.381	0.003
30～34	328	74	10.82±6.785	7.36±5.585	<.001	10.99±7.089	7.73±6.125	0.016	10.70±6.580	7.07±5.169	<.001
35～39	421	83	11.96±6.861	8.67±5.271	<.001	12.56±7.270	7.31±5.895	<.001	11.59±6.576	9.67±4.577	0.016
40～44	342	116	14.73±6.538	10.46±5.152	<.001	15.16±6.781	9.79±5.668	<.001	14.43±6.362	10.91±4.758	<.001
45～49	492	145	15.05±6.517	12.42±5.780	<.001	15.04±6.628	11.82±6.018	<.001	15.06±6.452	12.86±5.597	0.005
50～54	470	155	16.79±5.709	14.34±5.880	<.001	16.26±6.129	14.97±6.766	0.156	17.16±5.380	13.89±5.161	<.001
55～59	437	137	18.46±5.962	14.95±5.555	<.001	18.02±6.658	13.94±5.357	<.001	18.78±5.380	15.55±5.614	<.001
60～64	432	177	18.88±5.681	16.46±6.476	<.001	18.97±5.909	16.57±6.790	0.003	18.81±5.512	16.36±6.221	<.001
65～69	473	220	19.86±5.639	17.45±6.187	<.001	19.61±6.212	16.88±6.602	<.001	20.05±5.166	17.92±5.796	<.001
70～74	521	305	20.58±5.914	19.02±6.123	<.001	19.73±6.553	18.66±6.576	0.137	21.19±5.334	19.30±5.737	<.001
75～79	453	258	21.49±5.777	21.14±6.178	0.438	21.25±6.300	20.76±6.937	0.522	21.70±5.292	21.47±5.399	0.692
80～84	698	182	22.35±5.814	22.40±6.252	0.923	22.01±6.203	22.60±6.508	0.435	22.60±5.509	22.20±6.031	0.540

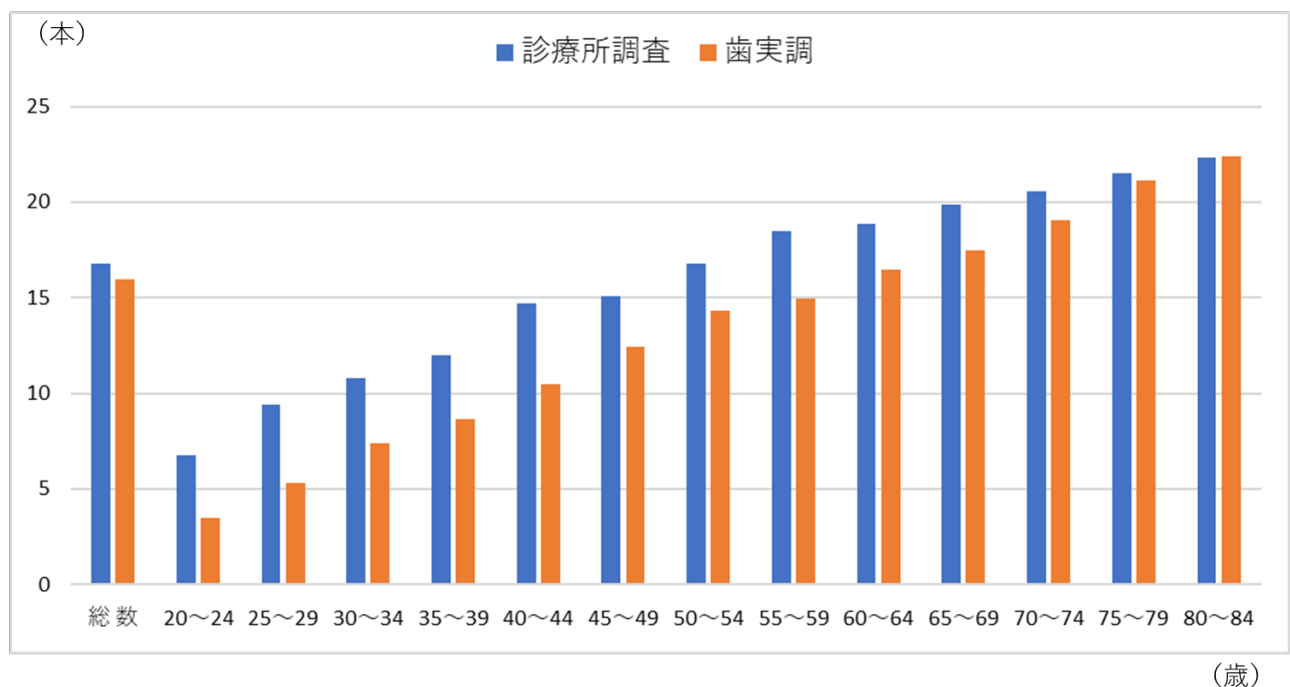


図 1. 1人平均 DMF 歯数 (DMFT 指数)、年齢階級別 (20 歳以上 85 歳未満)

2. 1人平均未処置歯数

歯科診療所調査では、歯科疾患実態調査と比較して、1人平均未処置歯数は、25～29、35～39、45～49の年齢階級で高く、65～69、70～74の年齢階級で低かった（表2、図2）。

表2. 1人平均未処置歯数、年齢階級別（20歳以上85歳未満）

年齢階級 (歳)	被調査者数 (人)		1人平均未処置歯数								
			総数			男			女		
	診療所 調査	歯実調	診療所 調査	歯実調	p value	診療所 調査	歯実調	p value	診療所 調査	歯実調	p value
総数	5732	1942	0.90±2.146	0.81±1.851	0.055	1.07±2.419	0.98±2.171	0.318	0.78±1.921	0.67±1.538	0.048
20～24	306	52	1.28±2.649	1.19±3.272	0.830	0.78±1.921	0.67±1.538	0.048	1.27±2.711	0.76±1.864	0.324
25～29	359	38	1.79±3.705	0.79±1.788	0.005	2.38±4.541	0.57±1.016	<.001	1.37±2.893	0.92±2.125	0.462
30～34	328	74	1.41±2.865	1.22±2.307	0.590	1.58±2.989	1.52±2.774	0.913	1.29±2.776	0.98±1.851	0.489
35～39	421	83	1.08±2.202	0.60±1.287	0.008	1.41±2.619	0.80±1.605	0.076	0.87±1.867	0.46±0.988	0.028
40～44	342	116	1.12±2.141	0.74±1.705	0.057	1.29±2.338	1.21±2.255	0.842	1.00±1.989	0.42±1.104	0.003
45～49	492	145	0.97±2.156	0.65±1.493	0.045	1.23±2.649	0.82±1.821	0.258	0.78±1.726	0.52±1.197	0.194
50～54	470	155	0.87±1.862	0.92±1.995	0.784	1.06±1.938	1.23±2.402	0.564	0.74±1.799	0.70±1.630	0.846
55～59	437	137	0.92±2.274	0.82±2.044	0.653	1.12±2.530	0.80±2.227	0.413	0.76±2.055	0.83±1.941	0.799
60～64	432	177	0.66±1.924	0.53±1.410	0.409	0.98±2.524	0.64±1.620	0.253	0.41±1.240	0.43±1.196	0.907
65～69	473	220	0.51±1.510	0.82±1.955	0.042	0.55±1.595	1.02±2.236	0.061	0.49±1.445	0.65±1.670	0.338
70～74	521	305	0.47±1.178	0.78±1.857	0.008	0.51±1.392	1.05±2.301	0.014	0.44±0.998	0.56±1.371	0.250
75～79	453	258	0.66±1.452	0.91±1.851	0.060	0.74±1.431	0.98±2.119	0.262	0.59±1.470	0.85±1.572	0.112
80～84	698	182	0.69±1.635	0.82±1.595	0.334	0.71±1.600	0.74±1.466	0.884	0.68±1.661	0.90±1.711	0.243

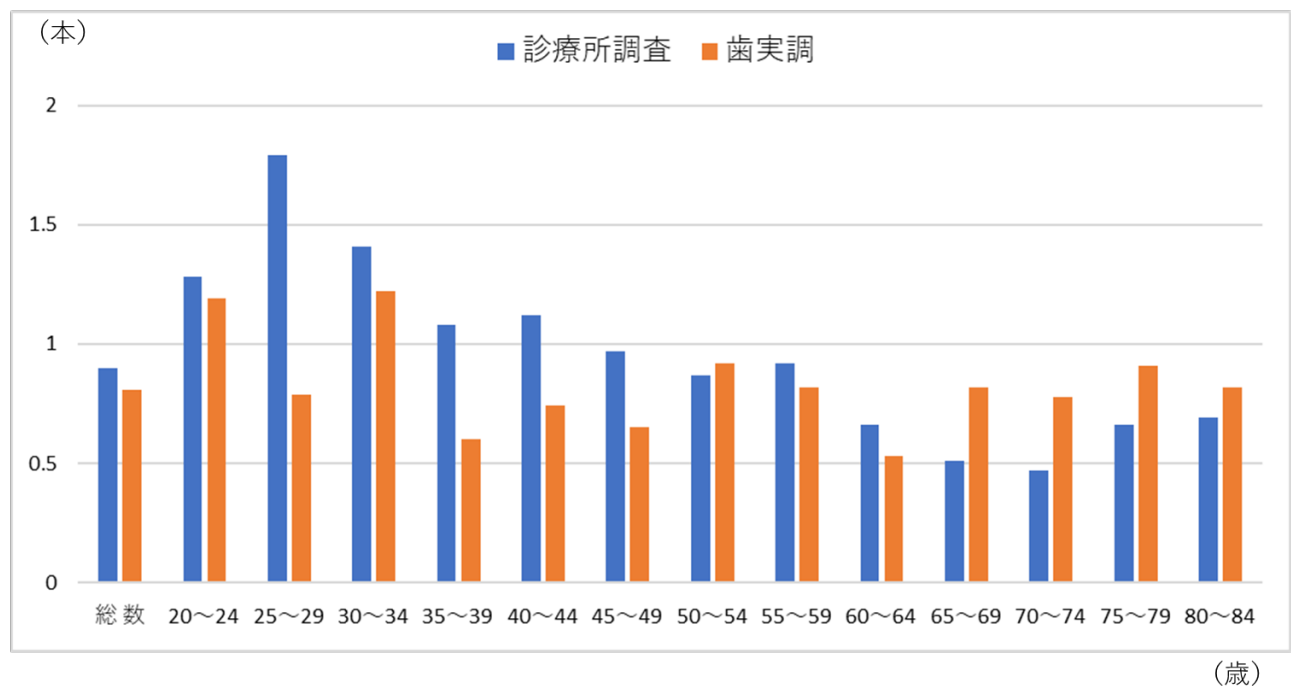


図2. 1人平均未処置歯数、年齢階級別（20歳以上85歳未満）

3. 1人平均歯根面齲蝕（未処置歯）数

歯科診療所調査では、歯科疾患実態調査と比較して、1人平均歯根面齲蝕（未処置歯）数は、70～74の年齢階級で低かった（表3、図3）。

表3. 1人平均歯根面齲蝕（未処置歯）数、年齢階級別（20歳以上85歳未満）

年齢階級 (歳)	被調査者数 (人)		1人平均歯根面齲蝕（未処置歯）数								
	診療所 調査	歯実調	総数			男			女		
			診療所 調査	歯実調	p value	診療所 調査	歯実調	p value	診療所 調査	歯実調	p value
総数	5732	1942	0.09±0.591	0.17±0.838	<.001	0.10±0.645	0.19±0.952	0.010	0.09±0.549	0.16±0.736	0.005
20～24	306	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25～29	359	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30～34	328	74	0.02±0.227	0.23±0.635	0.277	0.02±0.258	0.48±2.438	0.284	0.02±0.203	0.02±0.156	0.913
35～39	421	83	0.02±0.257	0.01±0.110	0.690	0.03±0.392	0.03±0.169	0.975	0.01±0.107	0.00±0.00	0.454
40～44	342	116	0.07±0.444	0.04±0.243	0.489	0.04±0.356	0.06±0.323	0.717	0.09±0.496	0.03±0.169	0.107
45～49	492	145	0.08±0.452	0.06±0.395	0.752	0.05±0.289	0.08±0.331	0.403	0.10±0.534	0.05±0.436	0.452
50～54	470	155	0.09±0.652	0.15±0.601	0.302	0.13±0.683	0.13±0.454	1.000	0.06±0.630	0.16±0.687	0.205
55～59	437	137	0.14±0.865	0.20±1.145	0.481	0.20±1.135	0.25±1.683	0.801	0.09±0.590	0.17±0.654	0.301
60～64	432	177	0.14±0.917	0.08±0.335	0.426	0.18±1.124	0.12±0.425	0.661	0.11±0.721	0.05±0.226	0.421
65～69	473	220	0.13±0.576	0.16±0.687	0.520	0.19±0.784	0.18±0.669	0.930	0.08±0.336	0.14±0.705	0.369
70～74	521	305	0.08±0.386	0.31±1.210	0.002	0.05±0.307	0.38±1.435	0.009	0.11±0.433	0.25±0.993	0.077
75～79	453	258	0.17±0.706	0.25±0.800	0.196	0.12±0.439	0.20±0.609	0.230	0.22±0.870	0.30±0.941	0.392
80～84	698	182	0.17±0.779	0.24±0.920	0.321	0.17±0.748	0.17±0.530	0.972	0.18±0.801	0.31±1.173	0.300

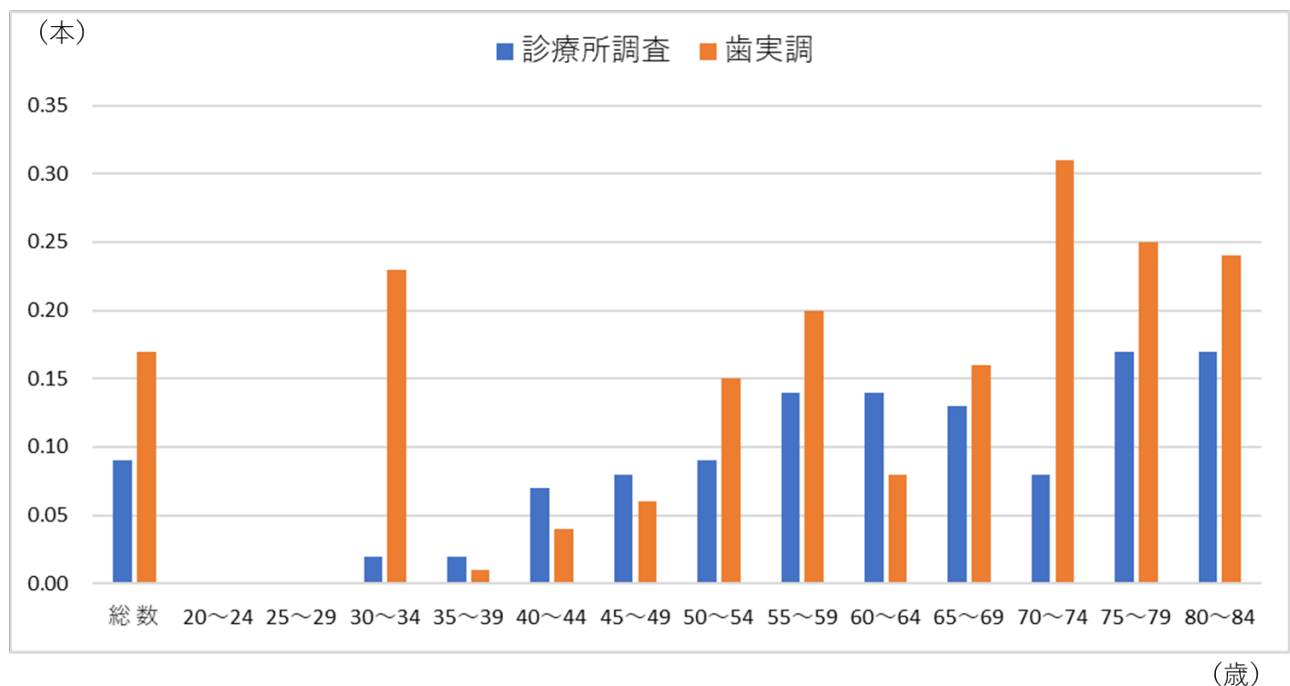


図3. 1人平均歯根面齲蝕（未処置歯）数、年齢階級別（20歳以上85歳未満）

4. 1人平均処置（充填、クラウン）歯数

歯科診療所調査では、歯科疾患実態調査と比較して、1人平均処置（充填、クラウン）歯数は、20～24、25～29、30～34、35～39、40～44、45～49、50～54、55～59、60～64、70～74、75～79、80～84の年齢階級で高かった（表4、図4）。

表4. 1人平均処置（充填、クラウン）歯数、年齢階級別（20歳以上85歳未満）

年齢階級 (歳)	被調査者数 (人)		1人平均処置歯数								
	診療所 調査	歯実調	総数			男			女		
			診療所 調査	歯実調	p value	診療所 調査	歯実調	p value	診療所 調査	歯実調	p value
総数	5732	1942	11.67±6.347	10.22±6.119	<.001	11.19±6.384	9.18±6.145	<.001	12.02±6.298	11.05±5.973	<.001
20～24	306	52	5.15±5.049	2.06±2.453	<.001	5.50±5.239	1.30±2.010	<.001	4.97±4.950	2.66±2.636	<.001
25～29	359	38	7.13±5.849	4.37±4.213	<.001	6.73±6.007	4.36±3.815	0.150	7.42±5.729	4.38±4.509	0.005
30～34	328	74	8.80±6.268	5.68±4.230	<.001	8.84±6.505	5.67±4.648	0.002	8.78±6.114	5.68±3.921	<.001
35～39	421	83	10.13±6.185	7.40±4.951	<.001	10.44±6.420	5.86±5.489	<.001	9.94±6.037	8.52±4.233	0.051
40～44	342	116	12.56±6.103	9.25±4.981	<.001	12.89±6.460	8.21±5.030	<.001	12.33±5.845	9.96±4.858	0.001
45～49	492	145	12.64±5.945	10.92±5.156	<.001	12.19±6.123	10.21±5.222	0.015	12.95±5.812	11.44±5.076	0.032
50～54	470	155	13.90±11.52	11.52±5.697	<.001	12.97±5.431	11.31±6.379	0.065	14.54±4.937	11.67±5.196	<.001
55～59	437	137	14.22±5.813	12.01±5.431	<.001	13.09±6.111	11.16±5.357	0.042	15.06±5.443	12.52±5.442	<.001
60～64	432	177	13.58±5.502	12.24±5.592	0.007	12.33±5.823	10.84±5.784	0.054	14.53±5.050	13.48±5.138	0.088
65～69	473	220	13.03±5.552	12.16±5.633	0.058	11.91±5.654	11.25±5.364	0.327	13.88±5.329	12.94±5.760	0.121
70～74	521	305	12.48±5.910	11.13±5.874	0.002	11.19±5.776	9.52±5.608	0.008	13.40±5.840	12.42±5.779	0.079
75～79	453	258	12.15±6.057	10.00±6.822	<.001	11.78±6.384	8.33±7.064	<.001	12.45±5.757	11.52±6.242	0.142
80～84	698	182	11.93±6.468	8.97±6.588	<.001	11.50±6.559	8.43±6.516	<.001	12.24±6.391	9.48±6.649	<.001

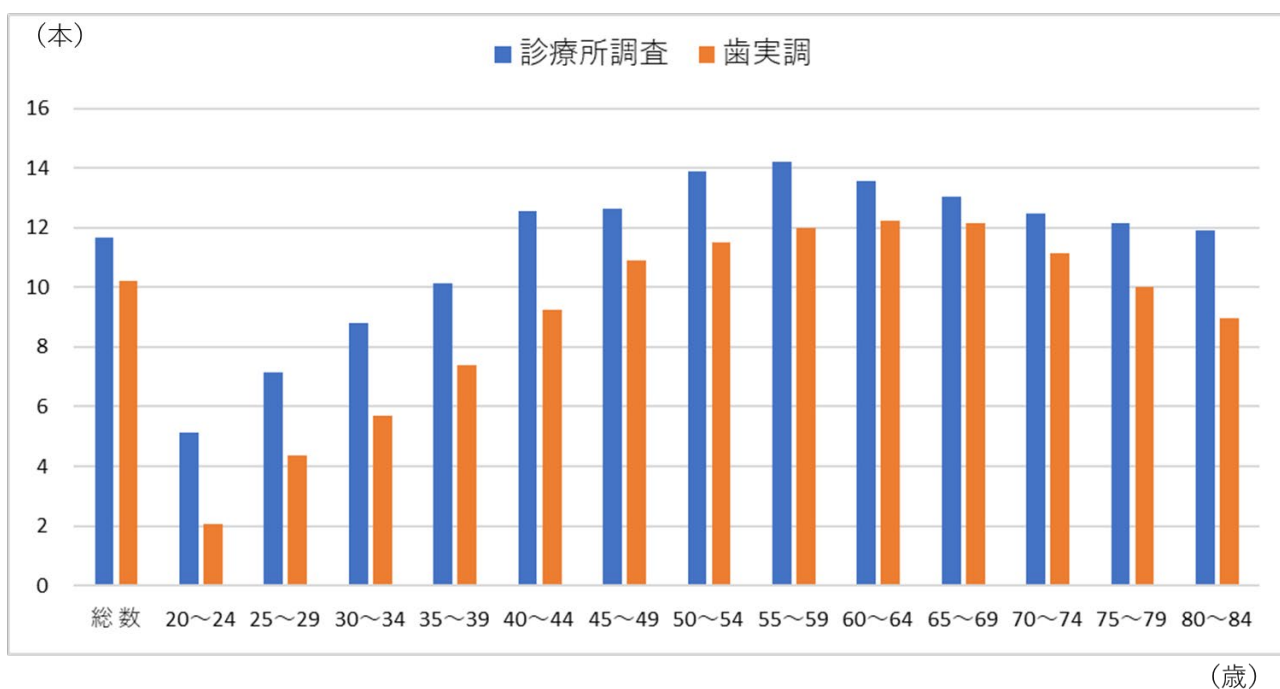


図4. 1人平均処置（充填、クラウン）歯数、年齢階級別（20歳以上85歳未満）

5. 1人平均喪失歯数

歯科診療所調査では、歯科疾患実態調査と比較して、1人平均喪失歯数は、25～29、40～44、45～49、55～59、65～69の年齢階級で高く、75～79、80～84の年齢階級で低かった（表5、図5）。

表5. 1人平均喪失歯数、年齢階級別（20歳以上85歳未満）

年齢階級 (歳)	被調査者数 (人)		1人平均喪失歯数								
	診療所 調査	歯実調	総数			男			女		
			診療所 調査	歯実調	p value	診療所 調査	歯実調	p value	診療所 調査	歯実調	p value
総数	5732	1942	4.18±6.176	4.94±7.401	<.001	4.54±6.553	5.75±8.306	<.001	3.92±5.881	4.30±6.529	0.087
20～24	306	52	0.30±0.885	0.25±0.968	0.689	0.18±0.662	0.09±0.417	0.516	0.37±0.977	0.38±1.237	0.956
25～29	359	38	0.49±1.080	0.13±0.343	<.001	0.33±0.838	0.07±0.267	0.012	0.61±1.215	0.17±0.381	<.001
30～34	328	74	0.61±1.273	0.47±1.377	0.422	0.57±1.279	0.55±1.734	0.926	0.63±1.272	0.41±1.024	0.306
35～39	421	83	0.75±1.420	0.67±1.531	0.661	0.71±1.324	0.66±1.235	0.843	0.78±1.479	0.69±1.728	0.702
40～44	342	116	1.05±1.919	0.47±1.008	<.001	0.98±1.623	0.36±0.819	<.001	1.10±2.105	0.54±1.119	0.005
45～49	492	145	1.45±2.632	0.85±2.259	0.007	1.62±2.861	0.79±1.925	0.010	1.33±2.463	0.89±2.484	0.152
50～54	470	155	2.02±3.226	1.89±3.907	0.678	2.23±3.642	2.42±5.243	0.745	1.88±2.903	1.52±2.558	0.290
55～59	437	137	3.32±4.676	2.12±3.579	0.002	3.81±5.344	1.98±3.535	0.005	2.96±4.085	2.20±3.623	0.127
60～64	432	177	4.65±5.871	3.69±5.762	0.067	5.66±6.851	5.08±7.475	0.534	3.87±4.869	2.46±3.208	0.002
65～69	473	220	6.32±6.523	4.46±5.560	<.001	7.15±7.127	4.61±5.822	0.001	5.68±5.960	4.34±5.349	0.035
70～74	521	305	7.64±7.153	7.11±7.600	0.315	8.03±7.453	8.09±8.507	0.948	7.36±6.927	6.32±6.706	0.115
75～79	453	258	8.69±7.559	10.22±9.406	0.026	8.73±7.672	11.45±10.305	0.012	8.65±7.477	9.10±8.388	0.590
80～84	698	182	9.73±7.835	12.60±9.452	<.001	9.80±7.973	13.43±9.794	0.002	9.68±7.743	11.82±9.103	0.037

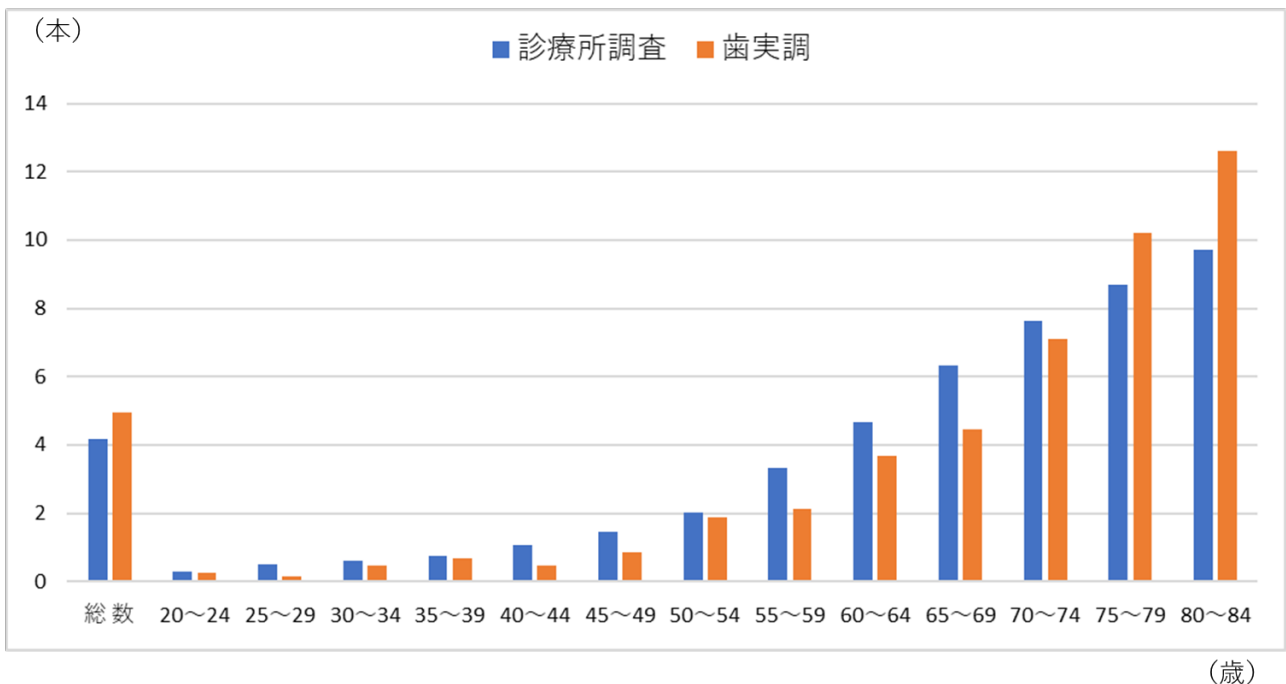


図5. 1人平均喪失歯数、年齢階級別（20歳以上85歳未満）

6. 1人平均現在歯数

歯科診療所調査では、歯科疾患実態調査と比較して、1人平均現在歯数は、45～49、55～59、65～69の年齢階級で低く、75～79、80～84の年齢階級で高かった（表6、図6）。

表6. 1人平均現在歯数、年齢階級別（20歳以上85歳未満）

年齢階級 (歳)	被調査者数 (人)		1人平均現在歯数								
	診療所 調査	歯実調	総数			男			女		
			診療所 調査	歯実調	p value	診療所 調査	歯実調	p value	診療所 調査	歯実調	p value
総数	5732	1942	24.35±6.490	23.41±7.683	<.001	24.09±6.923	22.71±8.644	<.001	24.53±6.157	23.97±6.777	0.016
20～24	306	52	28.34±1.489	28.48±1.809	0.542	28.62±1.368	28.96±1.461	0.292	28.19±1.532	28.10±1.988	0.775
25～29	359	38	28.41±1.754	28.45±1.572	0.898	28.79±1.696	28.36±0.929	0.143	28.13±1.748	28.50±1.865	0.336
30～34	328	74	28.19±1.895	28.24±2.298	0.831	28.39±2.048	28.30±2.456	0.829	28.05±1.772	28.20±2.193	0.641
35～39	421	83	27.96±1.899	27.94±2.381	0.934	28.15±1.912	28.37±2.808	0.566	27.84±1.884	27.63±1.985	0.470
40～44	342	116	27.63±2.291	27.90±1.696	0.182	27.84±1.925	28.40±1.484	0.070	27.48±2.510	27.55±1.753	0.823
45～49	492	145	27.23±2.923	27.77±2.702	0.038	27.12±3.033	27.82±2.284	0.056	27.30±2.849	27.74±2.982	0.224
50～54	470	155	26.75±3.581	26.45±4.181	0.374	26.61±4.056	25.77±5.350	0.184	26.85±3.216	26.92±3.052	0.847
55～59	437	137	25.26±4.906	26.45±3.850	0.003	24.85±5.591	26.80±3.894	0.005	25.56±4.316	26.24±3.832	0.192
60～64	432	177	23.81±6.125	24.76±6.051	0.083	22.84±7.138	23.51±7.885	0.497	24.55±5.115	25.86±3.441	0.007
65～69	473	220	21.97±6.640	23.80±5.764	<.001	21.25±7.348	23.73±6.073	0.002	22.51±6.005	23.86±5.513	0.038
70～74	521	305	20.62±7.364	20.97±7.799	0.527	20.29±7.701	20.02±8.713	0.763	20.86±7.115	21.73±6.911	0.202
75～79	453	258	19.65±7.841	18.06±9.700	0.025	19.76±8.099	17.04±10.775	0.016	19.57±7.628	18.99±8.538	0.503
80～84	698	182	18.45±8.054	15.55±9.595	<.001	18.52±8.318	14.76±9.997	0.002	18.41±7.866	16.30±9.195	0.042

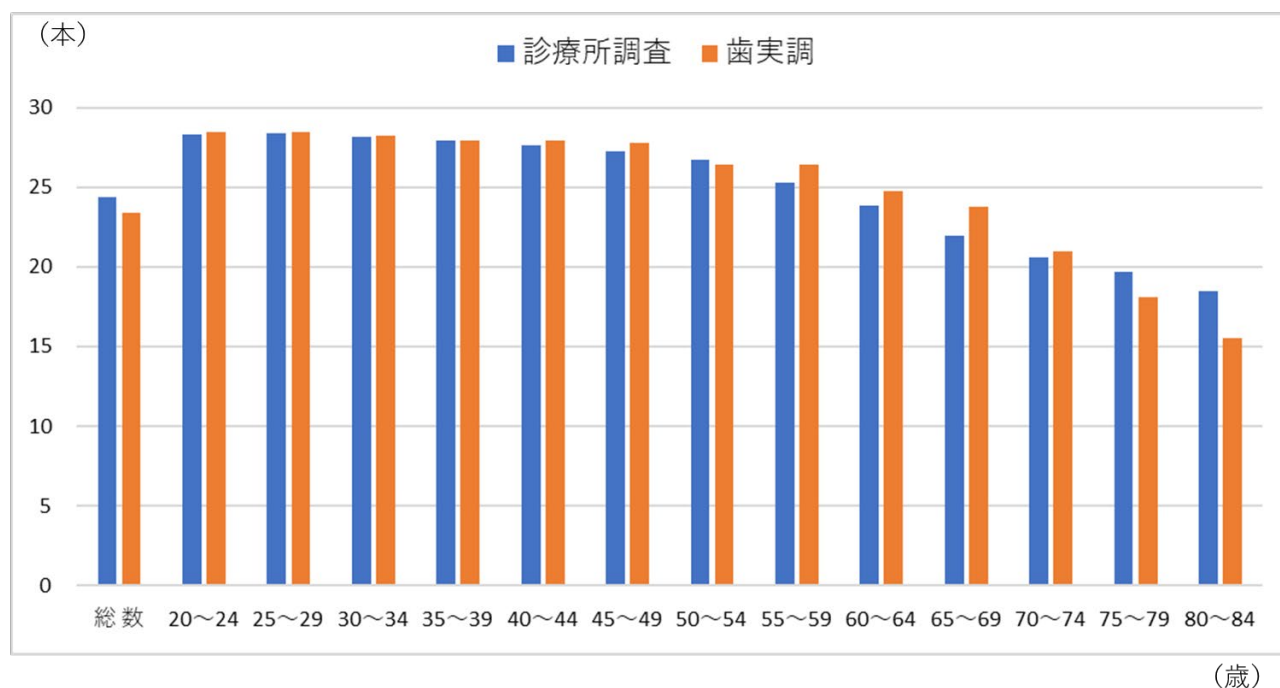


図6. 1人平均現在歯数、年齢階級別（20歳以上85歳未満）

7. 1人平均健全歯数

歯科診療所調査では、歯科疾患実態調査と比較して、1人平均健全歯数は、20～24、25～29、30～34、35～39、40～44、45～49、50～54、55～59、60～64、65～69、70～74の年齢階級で低かった（表7、図7）。

表7. 1人平均健全歯数、年齢階級別（20歳以上85歳未満）

年齢階級 (歳)	被調査者数 (人)		1人平均健全歯数								
	診療所 調査	歯実調	総数			男			女		
			診療所 調査	歯実調	p value	診療所 調査	歯実調	p value	診療所 調査	歯実調	p value
総数	5732	1942	11.77±7.839	12.38±7.877	0.003	11.83±8.028	12.55±8.385	0.026	11.73±7.703	12.25±7.451	0.050
20～24	306	52	21.91±6.041	25.23±4.643	<.001	21.83±6.305	25.91±5.376	0.003	21.96±5.914	24.69±3.983	0.002
25～29	359	38	19.49±6.706	23.29±4.986	<.001	19.68±7.368	23.43±4.219	0.008	19.35±6.195	23.21±5.469	0.004
30～34	328	74	17.98±6.820	21.35±5.853	<.001	17.98±7.169	21.12±6.244	0.022	17.98±6.584	21.54±5.591	0.001
35～39	421	83	16.75±6.975	19.94±5.894	<.001	16.29±7.506	21.71±7.127	<.001	17.03±6.616	18.65±4.451	0.038
40～44	342	116	13.95±6.600	17.91±5.205	<.001	13.67±6.853	18.98±5.581	<.001	14.15±6.427	17.17±4.838	<.001
45～49	492	145	13.62±6.558	16.20±5.811	<.001	13.70±6.617	16.79±6.083	0.001	13.57±6.528	15.77±5.604	0.003
50～54	470	155	11.98±5.739	14.00±6.071	<.001	12.58±6.253	13.22±7.029	0.496	11.57±5.328	14.55±5.267	<.001
55～59	437	137	10.12±6.074	13.62±5.684	<.001	10.65±6.798	14.84±5.651	<.001	9.73±5.458	12.90±5.611	<.001
60～64	432	177	9.58±5.770	11.99±6.672	<.001	9.53±6.029	12.02±7.141	0.003	9.61±5.577	11.96±6.266	<.001
65～69	473	220	8.43±5.690	10.82±6.367	<.001	8.79±6.313	11.47±6.930	<.001	8.15±5.164	10.27±5.819	<.001
70～74	521	305	7.68±6.068	9.06±6.097	0.002	8.59±6.745	9.45±6.475	0.239	7.03±5.449	8.75±5.775	0.001
75～79	453	258	6.85±5.970	7.15±6.428	0.529	7.23±6.525	7.72±7.335	0.538	6.52±5.441	6.62±5.448	0.856
80～84	698	182	5.83±5.965	5.76±6.368	0.881	6.31±6.456	5.59±6.671	0.362	5.49±5.562	5.91±6.102	0.508

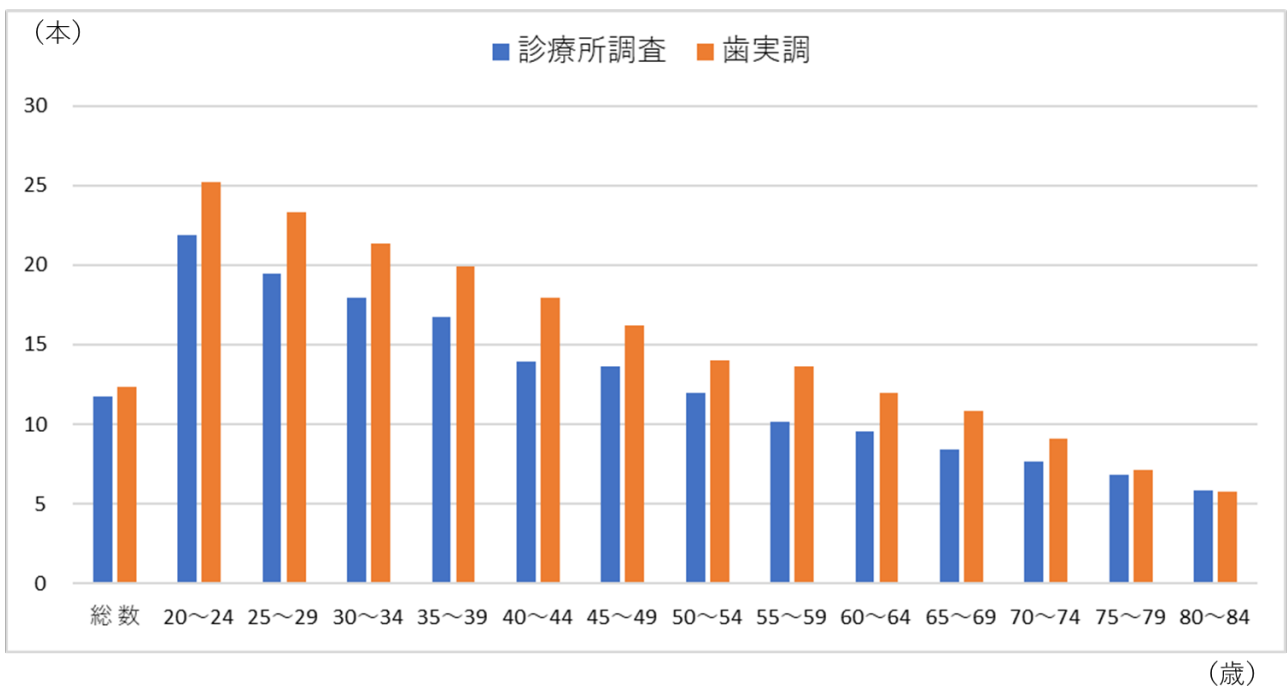


図7. 1人平均健全歯数、年齢階級別（20歳以上85歳未満）

D. 考察

歯科疾患実態調査と比較して歯科診療所調査で高かったものは、1人平均DMF歯数（DMFT指数）、1人平均処置（充填、クラウン）歯数、1人平均現在歯数であった。

一方、歯科疾患実態調査と比較して歯科診療所調査で低かったものは、1人平均歯根面齲蝕（未処置歯）数、1人平均喪失歯数、1人平均健全歯数であった。

歯科診療所調査と歯科疾患実態調査で同様の傾向を示したものは、1人平均未処置歯数であった。

以上の結果から、パンデミック等で歯科疾患実態調査が中止となった場合にも実施可能な調査手法として、歯科診療所の受診患者を対象とした調査手法から、ある一定の精度で歯科疾患実態調査を補完するデータを取得できることが示唆された。今回の結果で示したような所見がみられた理由として、歯科診療所調査1)の対象者（20歳以上84歳までの患者）における歯科医療機関の来院の主な目的は、「歯科治療」と回答した者の割合が52.7%、「定期健診」と回答した者の割合が45.8%、「歯科健康診査（自治体の健診等）」が1.5%であり、歯科治療のため医療受診している者、および定期的な口腔管理を受けている者が混在していることが挙げられる。歯科治療を受けている者では、歯や口の状態について自覚的な症状を有しており、歯科口腔内に治療を要する所見が多い可能性がある。また、定期的な口腔管理を受けている者では、良好な歯科口腔保健行動、および治療済の所見が多い可能性がある。そのため、歯科診療所のデータを利用する場合は、対象者が一般の生活者ではなく、歯科診療所を受診した（している）患者であるという特性を考慮する必要がある。また、市区町村が歯科医師会に委託している「歯周疾患検診」、あるいは都道府県が歯科医師会に委託している「県民歯科疾患実態調査」等のデータの活用も検討されるべきである。

E. 結論

パンデミック等で歯科疾患実態調査が中止となった場合にも実施可能な調査手法として、歯科診療所の受診患者を対象とした調査手法から、ある一定の精度で歯科疾患実態調査を補完するデータを取得できることが示唆された。しかしながら、歯科診療所データを利用する場合は、対象者が一般の生活者ではなく、歯科診療所を受診した（している）患者であるという特性を考慮する必要がある。

F. 引用文献

- 1) 石塚洋一、三浦宏子、大島克郎、福田英輝.

厚生労働行政推進調査事業費（地域医療基盤開発推進研究事業）歯科疾患実態調査の効率的・効果的な実施方法等に関する研究
令和5年度 分担研究報告書.

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/170870>（2025年4月18日アクセス）

- 2) 石塚洋一、福田英輝、田口円裕.

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）我が国の歯科口腔保健の実態把握を継続的・安定的に実施する手法の開発のための調査研究
令和4年度 分担報告書.

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/161692>（2025年4月18日アクセス）

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

令和6年度 研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表雑誌名	巻	ページ	出版年
三浦宏子、村田幸枝	口腔機能に関わる高齢者歯科保健施策の変遷と今後の課題	保健医療科学	73	377-383	2024
Oshima K, Miura H, Tano R, Fukuda H	Urban-rural differences in the prevalence of having a family dentist and their association with income inequality among Japanese individuals: a cross-sectional study	BMC Oral Health	24	741	2024

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿~~
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 北海道医療大学
所属研究機関長 職 名 学 長
氏 名 三国 久美

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握および調査手法の改善のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 歯学部・教授
（氏名・フリガナ） 三浦 宏子（ミウラ ヒロコ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒	☐	☒	北海道医療大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿~~
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 北海道医療大学
所属研究機関長 職 名 学 長
氏 名 三国 久美

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握および調査手法の改善のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 歯学部・講師
（氏名・フリガナ） 村田 幸枝（ムラタ ユキエ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒	☐	☒	北海道医療大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿~~
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 日本歯科大学東京短期大学
所属研究機関長 職 名 学 長
氏 名 小林 隆太郎

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握および調査手法の改善のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 歯科技工学科・教授
（氏名・フリガナ） 大島 克郎・オオシマ カツオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒	☐	☒	北海道医療大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿~~
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 国立保健医療科学院
所属研究機関長 職 名 院長
氏 名 曾根 智史

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 歯科口腔保健の健康格差に関する実態把握および調査手法の改善のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 統括研究官
（氏名・フリガナ） 福田 英輝・フクダ ヒデキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒	☐	☒	国立保健医療科学院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。