厚生労働科学研究費補助金

循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」の進捗評価と推進方策に関するエビデンス構築

（　25FA1013　）

令和７年度　総括･分担研究報告書

研究代表者　三浦　宏子

令和８年（２０２６）年３月

目次

Ⅰ．総括研究報告書

「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」の進捗評価と推進方策に関するエビデンス構築・・・・1
三浦　宏子

Ⅱ．分担研究報告書

1．歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）告示指標の線形回帰モデルを用いた将来予測・・・・7
三浦　宏子、福田　英輝、田野　ルミ、大島　克郎

2．介護老人福祉施設に対する全国調査に基づく歯科保健サービス提供体制に関する要因分析・・・・・・・・・・・35
三浦　宏子、村田　幸枝、秋野　憲一

3．オーラルフレイルにみられる健康格差の分析・・51
相田　潤、松山　祐輔

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧・・・65

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
令和 7 年度　総括研究報告書

「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」の進捗評価と推進方策に関するエビデンス構築

研究代表者　　三浦　宏子　　北海道医療大学歯学部　特任教授

研究要旨

本年度の研究では、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」（以下、基本的事項（第二次）と記載）の進捗評価と推進方策に資するエビデンスの構築を目的として、以下の 3 つの研究を統合的に実施した。

1. 告示指標の将来予測では、17 項目の告示指標について、歯科疾患実態調査、国民健康・栄養調査、学校保健統計調査、地域保健・健康増進事業報告および令和 6 年度厚生労働省事業のデータを用い、線形回帰モデルによる 2032 年時点の推計を行った。その結果、9 指標で将来推計値を目標値設定に活用可能であり、特に 50 歳以上の咀嚼良好者の割合では目標値の上方修正が必要であることが示された。一方、障害児・者施設および要介護高齢者施設での定期的歯科検診実施率は、新型コロナウイルス感染症流行の影響を強く受け、安定した将来予測が困難であった。

2. 介護老人福祉施設に対する全国調査では、全国 10,297 施設から無作為抽出した 5,149 施設を対象に郵送調査を実施し、829 施設の有効回答を得た。定期的歯科健診実施率は 44.8％、定期的歯科保健指導実施率は 55.9％であり、歯科衛生士配置施設は 28.7％であった。口腔内状況の評価や管理への対応に問題があるとした施設は 61.5％に上った。一方、入所者ニーズを「満たしている」と評価した施設は 80.3％であり、定期的歯科健診および歯科保健指導の実施との間に有意な関連が認められた（$p<0.05$）。また、都道府県間で定期的歯科検診の実施率の地域差が認められた。

3. オーラルフレイルにみられる健康格差の分析では、2022 年 JAGES 調査に回答した高齢者 21,924 人を対象に、学歴、所得、資産、年金種別とオーラルフレイルとの関連を検討した。オーラルフレイル有病率は 33.6％であり、すべての社会経済的要因で有意な健康格差が認められた。なかでも資産との関連が最も大きく、調整後 Slope Index of Inequality は 0.17、Relative Index of Inequality は 1.66 であった。構成要素では、歯の喪失および咀嚼困難の格差が特に大きかった。

以上の結果から、基本的事項（第二次）による歯科保健計画の推進においては、近年のデータを反映した将来推計を活用した目標値の再検討が必要であること、高齢者施設における歯科保健サービス提供体制の整備が依然として重要課題であること、さらに高齢者におけるオーラルフレイル対策では社会経済的に不利な集団への重点的支援が必要であることが示唆された。これらの知見は、歯科口腔保健施策の評価と推進方策の両面に資するものと考えられる。

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 特任教授）
研究分担者	相田 潤	（東京科学大学大学院医歯学総合研究科 教授）
	大島 克郎	（日本歯科大学生命歯学部 教授）
	田野 ルミ	（国立保健医療科学院生涯健康研究部 上席主任研究官）
	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	（札幌市保健福祉局ウェルネス推進部 歯科保健担当部長）
	本田 和枝	（北海道保健福祉部健康安全局地域保健課 医療参事）
	芝田 登美子	（三重県桑名保健所 所長）
	松山 祐輔	（東京科学大学大学院医歯学総合研究科 准教授）

A. 研究目的

令和 5 年 10 月に「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」が全部改正され、令和 6 年度から基本的事項（第二次）が開始された。しかし、その策定時には歯科疾患実態調査や国民健康・栄養調査の延期等の影響があり、十分なベースライン値および将来予測値に基づく目標設定が困難であった。また、要介護高齢者や社会経済的に不利な高齢者に関する歯科口腔保健の実態把握も依然として不十分である。

そこで本研究班では、第一に、基本的事項（第二次）における告示指標の最新値と将来推計値を再検討し、現行目標値の妥当性と達成可能性を評価すること、第二に、要介護高齢者が利用する介護老人福祉施設における歯科保健サービス提供体制の実態と関連要因を明らかにすること、第三に、高齢者におけるオーラルフレイルと社会経済的要因との関連を分析し、健康格差の実態を把握することを目的とした。

これら 3 つの研究成果を統合することにより、基本的事項（第二次）の進捗評価に必要な定量的根拠を提示するとともに、健康格差の縮小および要支援・要介護高齢者への歯科口腔保健施策の推進に資する実践的示唆を得た。

B. 研究方法

1. 基本的事項（第二次）における告示指標の将来予測

基本的事項（第二次）で目標値が設定された 17 項目の告示指標を対象とした。歯科疾患実態調査、国民健康・栄養調査、学校保健統計調査、地域保健・健康増進事業報告に加え、令和 6 年度厚生労働省事業「ライフステージに応じた歯科口腔保健推進事業」および関連全国調査の結果を用いて、ベースライン値を整理した。

3 時点以上の時系列データが得られる指標については、線形回帰モデルを用いて令和 14 年（2032 年）の予測値を算出し、その決定係数（R^2）が 0.5 以上の場合にモデル適合度が高いと判断し、将来推計値を目標値検討に活用した。年齢調整を要する指標では平成 27 年モデル人口を用いて、年齢調整値を算出した。

2. 介護老人福祉施設に対する全国調査

厚生労働省の介護サービス情報公表システムのオープンデータから把握した全国 10,297 施設の介護老人福祉施設のうち、無作為抽出した 5,149 施設を対象に、自記式質問票による郵送

調査を実施した。調査内容は、施設の基本情報、入所定員・入所者数、歯科保健サービス提供体制、口腔の健康状態評価等の取り組み、口腔ケアの提供状況であった。

定量データについて記述統計を行い、施設の自己評価と歯科保健活動との関連についてはχ^2検定により検討した。

3. オーラルフレイルにみられる健康格差の分析

2022 年 Japan Gerontological Evaluation Study（JAGES）調査データを用い、口腔関連質問に回答した 65 歳以上の高齢者 21,924 人を解析対象とした。オーラルフレイルは、歯の喪失、口腔乾燥、咀嚼困難、嚥下困難、発話困難の 5 項目のうち 2 項目以上を有する場合と定義した。

独立変数には学歴、等価世帯年収、資産、年金種別を用いた。年齢および性別を調整したうえで、Slope Index of Inequality（SII）および Relative Index of Inequality（RII）を推定した。欠損値には多重代入法で対応した。

4. 倫理面への配慮

各分担研究は、それぞれ北海道医療大学歯学部倫理審査委員会（承認番号 269 号、241 号）および東京科学大学倫理審査委員会（承認番号 D2022-040）の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1. 告示指標の将来予測

17 項目の告示指標のうち、将来推計値を目標値設定に活用できたのは 9 指標であった。内訳は齲蝕関連 3 指標、歯周疾患関連 2 指標、歯数関連 2 指標、咀嚼関連 1 指標、歯科検診受診関連 1 指標であった。

令和 4 年以降のデータを加えることにより、従来は一貫したトレンドが得にくかった歯周疾患関連指標や咀嚼関連指標でも妥当な将来予測値を得ることができた。特に 50 歳以上における咀嚼良好者の割合については、令和 6 年時点で 81.3%、2032 年予測値が 89.6%となり、現行目標値の上方修正が必要であることが示された。

一方、障害児・者施設および高齢者施設での過去 1 年間の歯科検診実施率については、新型コロナウイルス感染症の影響により経時的変化が不安定であり、今回の分析では信頼性の高い将来予測モデルを構築できなかった。

2. 介護老人福祉施設における歯科保健サービス提供体制

対象施設のうち移転等で配送されなかった 4 施設を除く 5,145 施設において、830 施設から返信があり、有効回答は 829 施設（回収率 16.1%）であった。併設歯科医療機関を有する施設は 4.1%、歯科医師配置施設は 19.9%、歯科衛生士配置施設は 28.7%で、歯科衛生士は非常勤配置が多かった。口腔内状況の評価や管理への対応については、61.5%の施設が何らかの問題を抱えていると回答した。一方で、口腔衛生管理加算の算定施設は 38.0%であり、歯科衛生士配置の必要性との有意な関連が認められた。

歯科医師による定期的歯科健診は 44.8%、歯科専門職による定期的歯科保健指導は 55.9%の施設で実施されていた。歯科保健活動が入所者のニーズを「満たしている」と評価した施設は 80.3%であり、この自己評価は定期的歯科健診および定期的歯科保健指導の実施状況と有意に関連していた（$p<0.05$）。都道府県間において定期健診実施率に地域差が認められた。

3. オーラルフレイルにおける健康格差

解析対象 21,924 人の平均年齢は 74.8 歳で、52.3%が女性であった。オーラルフレイル有病率は 33.6%であり、学歴、所得、資産、年金種別のすべてにおいて明確な社会経済的不平等が認められた。すべての社会経済指標を同時に投入したモデルでも関連は有意であり、なかでも資産が最も強い関連を示した。調整後 SII は 0.17（95%信頼区間：0.14-0.20）、調整後 RII

は 1.66（95%信頼区間：1.52-1.82）であった。構成要素別では、歯の喪失および咀嚼困難で格差が特に大きく、嚥下困難、口腔乾燥、発話困難の格差は比較的小さかった。

4. 総合的知見

基本的事項（第二次）の進捗評価においては、直近データを反映した将来予測が目標値の再検討に有用であることが確認された。同時に、施設ベースの実態調査により、要介護高齢者施設では地域差を伴うサービス提供体制の課題が明らかになった。

さらに、地域在住高齢者におけるオーラルフレイルには明確な社会経済的勾配が存在し、健康格差縮小の観点から、経済的・社会的に不利な集団への重点的介入の必要性が示された。

D. 考察

本総括研究では、基本的事項（第二次）の進捗評価と推進方策に関し、目標値設定の妥当性、要介護高齢者施設におけるサービス提供体制、高齢者のオーラルフレイルの健康格差という 3 つの観点から検討を行った。

第一に、告示指標の将来予測に関しては、令和 4 年および令和 6 年のデータを加えることによって、従来よりも現実的な将来予測が可能となった点に意義がある。特に咀嚼および歯周疾患に関する指標では、計画策定時には十分に把握できなかった改善傾向が明確となり、目標値見直しの科学的根拠を提示できた。一方で、感染症流行等の外的要因を強く受けた障害児者施設や高齢者施設での歯科検診の実施に関する指標では、線形回帰モデルのみで安定した予測を行うことに限界があり、今後も継続的なデータ蓄積が必要であることが示唆された。

第二に、介護老人福祉施設調査では、定期的歯科健診や歯科保健指導の実施率が一定程度向上していたが、歯科専門職の配置はなお十分とはいえず、口腔内状況の評価や管理に困難を抱える施設が多いことが明らかとなった。特に歯科衛生士配置へのニーズが高いことから、地域の歯科医療機関との連携に加え、福祉施設における歯科専門職の確保・活用方策を検討する必要がある。また、地域差の存在は、自治体や地域包括ケア体制の違いを踏まえた支援方策の必要性を示していると考えられる。

第三に、オーラルフレイルの健康格差分析では、従来の歯数やう蝕等の指標に加え、口腔機能低下の前段階にあるオーラルフレイルにも明確な社会経済的不平等が存在することを示した点が重要である。特に資産との関連が強かったことは、高齢期の社会経済状況を把握するうえで、所得のみではなく蓄積資源としての資産指標を重視すべきことを示唆する。

以上を総合的に勘案すると、基本的事項（第二次）の推進にあたっては、①近年データに基づく指標の継続的な見直し、②要介護高齢者施設における歯科保健サービス提供体制の底上げ、③歯・口腔の健康格差への重点的なアプローチの 3 点が重要である。今後は、公的統計、施設調査、地域高齢者調査を相互補完的に活用しながら、評価と施策立案を一体的に進めることが求められる。

なお、これらの研究にはいくつかの限界がある。将来予測は過去の傾向が将来も継続することを前提とするため、社会情勢の変化に影響を受ける可能性がある。施設調査は郵送法による回答であり、回収率の制約を有する。また、オーラルフレイル研究は横断研究であり、因果関係を直接示すものではない。

一方、本研究の強みは、公的統計に基づく将来予測、全国規模の施設調査、および大規模高齢者調査の解析を組み合わせた点にある。これにより、歯科口腔保健施策の評価に必要な定量的根拠と、健康格差やサービス提供体制に関する実践的示唆を包括的に提示することができた。

E. 結論

令和 4 年以降の新たなデータを反映したことで、基本的事項（第二次）の 17 告示指標のうち 9 指標で将来予測値を目標値設定に活用できた。特に咀嚼に関する指標では、目標値の上方修正の必要性が示された。

介護老人福祉施設では、定期的歯科健診および歯科保健指導の実施率は一定の改善を示したものの、歯科専門職配置の不足や地域差が残っており、要介護高齢者に対する歯科保健サービス提供体制の一層の整備が必要である。

また、高齢者におけるオーラルフレイルには顕著な社会経済的格差が存在し、とくに資産との関連が大きかった。基本的事項（第二次）の推進方策としては、データに基づく指標評価と、社会的に不利な集団への重点的支援を組み合わせることが重要である。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文

1) Ho DSM, Matsuyama Y, Kiuchi S, Yamamoto T, Aida J. Socioeconomic Inequalities in Oral Frailty and Its Components. Oral Dis. 2025. DOI: 10.1111/odi.70169

2) Oshima K, Fukuda H, Murata Y, Ida Y, Ishizuka Y, Miura H. Preferred conditions for promoting participation in on-site oral health surveys among Japanese adults: insights from a conjoint analysis. BMC Public Health 2026 (in press).

2. 学会発表

1) 三浦宏子、村田幸枝、福田英輝、大島克郎、秋野憲一：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. 第 84 回日本公衆衛生学会, 2025 年 10 月.

2) 村田幸枝、三浦宏子、秋野憲一、大島克郎、福田英輝：全国調査による障害者施設での歯科検診実施状況とその関連要因. 第 84 回日本公衆衛生学会, 2025 年 10 月.

3) 大島克郎、村田幸枝、福田英輝、石塚洋一、林田尚斗、三浦宏子：歯科健診受診者の特性―公的統計の個票データリンケージに基づく分析. 第 84 回日本公衆衛生学会, 2025 年 10 月.

4) Ho DSM, Matsuyama Y, Kiuchi S, Yamamoto T, Aida J. Socioeconomic inequalities in oral frailty and its components among older adults in Japan. 2025 IADR/PER General Session, Barcelona, June 2025.

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」の進捗評価と推進方策に関するエビデンス構築
令和７年度　分担研究報告書

歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）告示指標の線形回帰モデルを用いた将来予測

研究代表者　三浦宏子　北海道医療大学歯学部　特任教授
研究分担者　福田英輝　国立保健医療科学院　統括研究官
研究分担者　田野ルミ　国立保健医療科学院生涯健康研究部　上席主任研究官
研究分担者　大島克郎　日本歯科大学生命歯学部　教授

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）（以下、基本的事項（第二次）とする）の進捗状況を評価するため、最新の歯科疾患実態調査、国民健康・栄養調査および厚生労働省事業の調査結果を用いて、各指標の現状値を把握し、指標達成のためのベースライン値を求めた。また、目標値については、これらの最新のデータを用いて、最終評価時に参照が予定されている令和14（2032）年の推計値を算出し、現行目標値の妥当性および達成可能性を検証することを目的とした。

【方法】本研究で検証するのは、基本的事項（第二次）で目標値が設定された17項目の告示指標である。新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、歯科疾患実態調査や国民健康・栄養調査が延期となったため、十分な将来推計を行うことが難しかった状況を踏まえて、関連する公的統計・調査結果（歯科疾患実態調査、国民健康・栄養調査、学校保健統計調査、地域保健・健康増進事業報告）の令和4年以降のデータおよび令和6年厚生労働省事業「ライフステージに応じた歯科口腔保健推進事業」での報告値を用いて、線形回帰モデルによる将来予測を行った。その決定係数が0.5以上の場合において、2032年での将来予測値を目標値設定に活用した。

【結果】告示指標17項目のうち、将来推計値を目標値の設定に活用できたのは、齲蝕関連指標（3項目）、歯周疾患関連指標（2項目）、歯数に関する指標（2項目）、咀嚼に関する指標および過去1年間の歯科検診受診者に関する指標の9項目であった。令和4年以降のデータを加えることによって、これまで一貫した傾向を得ることが難しかった歯周疾患に関する指標や咀嚼に関する指標において将来予測値を得ることができた。その一方、施設における障害児・者や要介護高齢者への定期的歯科検診の提供状況については、新型コロナウイルス感染拡大時に影響を受けたため、有意な経時的変化を見出すことができなかった。

【結論】令和4年以降のデータを加えることによって、線形回帰分析による将来予測値を目標値の設定に用いることができたのは9指標とほぼ半数に達しており、過去の時系列データを用いた将来予測は目標値の再検討に大きく役立つことが明らかになった。また、これらの再推計の結果、咀嚼に関する目標では、目標値の10%程度の上方修正が必要であることも明らかになった。

A. 研究目的

令和５（2023）年10月、歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の全部改正[1)]が行われ、令和６（2024）年から令和17（2035）年までの12年間計画として、基本的事項（第二次）が開始された。基本的事項（第二次）では、計画開始後６年を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、令和15（2033）年を目途に最終評価を行うことが予定されている。

基本的事項（第二次）の策定時には歯科疾患実態調査等が延期となったため、現状値の提示にとどまっていた。目標値については、厚生労働科学研究『「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」最

終評価と次期計画策定に資する全国データの収集と歯科口腔保健データの動向分析』[2]の結果をもとに設定されたが、その後に実施された令和4年・6年の歯科疾患実態調査等を用いた追加分析は未実施であった。

そこで、本研究の目的は、令和４（2022）年および令和６（2024）年の歯科疾患実態調査、さらに令和６年度厚生労働省事業「ライフステージに応じた歯科口腔保健推進事業」調査結果を新たに活用し、基本的事項（第二次）における各告示指標について、最終評価が予定される令和 15（2033）年の直前年である 2032 年時点の推計値を再検討し、現行の目標値の妥当性および達成可能性を科学的根拠に基づき検証することである。本研究では単なる数値の再推計にとどまらず、得られた結果をもとに目標値の見直しの必要性を検討することを目的とする。

B. 研究方法

（1）対象とする指標と分析の方向性

基本的事項（第二次）では、告示で示された 17 指標（以後、「告示指標」と記す）が設定されている（表 1）。また、基本的事項（第二次）では、都道府県等の状況に応じて歯科口腔保健に関する基本的事項や歯科口腔保健の推進に関する施策の立案や検証等において参考とすべき指標として、20 の参考指標が設定されている。本研究では、国の歯科口腔保健施策の中核をなす 17 告示指標について、令和 4 年以降の公的な統計調査等（詳細は次項に記載）で得られた数値を用いて将来推計を再度実施し、歯科口腔保健に関する将来トレンドを確認した。そのうえで、初期設定した目標値の妥当性を検証した。年齢調整値を用いている指標は、基本的事項（第二次）で算出する際に基準人口とした「平成 27 年モデル人口」[3]を用いて、同様に年齢調整値を算出した。なお、令和 6 年歯科疾患実態調査では、各都道府県の人口規模を反映するために拡大乗数を用いた補正値が採用されている。しかし、この補正値を用いたうえでさらに年齢調整を行うことは統計学的に適切ではないと考えられた。そのため、本研究では拡大乗数による補正を行っていない実測値を別途算出し、それを用いて年齢調整値を求めた。

（2）データソース

過去 20 年以内の歯科疾患実態調査、国民健康・栄養調査、学校保健統計調査、地域保健・健康増進事業報告での歯科口腔保健に関するデータを用いた。また、障害児・者施設および介護老人施設での定期的な歯科検診の実施状況に関するデータについては、公的統計データでは把握できないため、厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究）「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」にて全国調査を行った結果を用いた。また、自治体での歯科保健活動の実施状況については、令和 6 年度厚生労働省事業「ライフステージに応じた歯科口腔保健推進事業」で得られたデータを用いた。

（3）将来予測法

これまで用いてきた将来予測法を原則として踏襲し、3 時点以上の時系列データがある場合は、過去の状況から線形回帰分析を用いて 2032 年の予測値を求めた。用いた線形回帰分析は直線回帰モデルを基本とした。これらの将来推計の結果、決定係数（R^2）が 0.5 以上の場合、予測力が高いと判断し、目標値の設定に将来推計値を活用できるとした。なお、これらの一連の分析には、Microsoft Excel、エクセル統計（株式会社社会情報サービス）を用いた。

（4）倫理的配慮

本研究は、研究代表者が所属する北海道医療大学歯学部の研究倫理委員会での承認（承認番号 269 号）を得たうえで実施した。

表１　基本的事項（第二次）の告示指標一覧

①３歳児で４本以上のう蝕のある歯を有する者の割合
②12 歳児でう蝕のない者の割合が 90%以上の都道府県数
③40 歳以上における自分の歯が 19 歯以下の者の割合（年齢調整値）
④20 歳以上における未処置歯を有する者の割合
⑤60 歳以上における未処置の根面う蝕を有する者の割合（年齢調整値）
⑥10 代における歯肉に炎症所見を有する者の割合
⑦20 代~30 代における歯肉に炎症所見を有する者の割合
⑧40 歳以上における歯周炎を有する者の割合（年齢調整値）
⑨80 歳で20 歯以上の自分の歯を有する者の割合
⑩50 歳以上における咀嚼良好者の割合（年齢調整値）
⑪障害者・障害児が利用する施設での過去１年間の歯科検診実施率
⑫要介護高齢者が利用する施設での過去１年間の歯科検診実施率
⑬歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している保健所設置市・特別区の割合
⑭歯科口腔保健に関する事業の効果検証を実施している市町村の割合
⑮過去１年間に歯科検診を受診した者の割合
⑯法令で定められている歯科検診を除く歯科検診を実施している市町村の割合
⑰15 歳未満でフッ化物応用の経験がある者の割合

C. 研究結果

将来予測モデルの性質上、予測に用いる過去データ数が多い方が、より精緻な分析が可能となる。歯科疾患実態調査や国民健康・栄養調査での歯・口腔の健康に関する項目は毎年調査を行なわないため、活用できるデータ量には制限がある。一方、学校保健統計調査や地域保健・健康増進事業報告での歯科保健関連データは毎年報告されるため、より精度高く将来予測することが可能である。

本項では、連続データを用いた解析事例、年齢調整値を用いた解析事例、目標値の再設定のための解析事例をそれぞれ示すとともに、線形回帰モデルの適合度が良好であり、将来予測が可能であった指標についてまとめる。

（1）連続データを用いた解析事例：12 歳児でう蝕のない者の割合が 90%以上の都道府県数

基本的事項（第二次）での指標の大きな特色のひとつは、歯・口腔の健康格差の縮小に関する指標が設定された点である。本稿では地域差の縮小を目指す典型的な指標として「12 歳児でう蝕のないものの割合が 90%以上の都道府県数の増加」を取り上げる。平成 21 年度～令和 6 年度の学校保健統計調査に基づく時系列データから、都道府県ごとに 12 歳児でう蝕のない者の割合を求め、それぞれで直線回帰モデルによる推計を行った。その結果、令和 14 年度において、その割合が 90%以上の都道府県数は 20 と推計された（図１）。

- 都道府県ごとの直線回帰モデルによる将来予測を実施
- 2032年（令和14年）の予測値=20都道府県

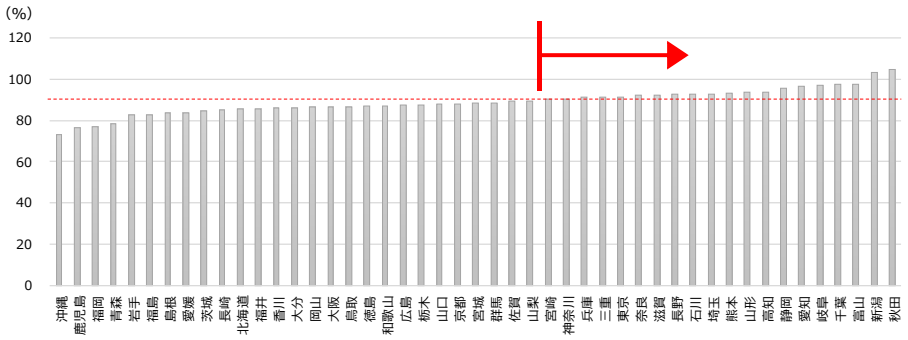


図１　12 歳児でう蝕のない者の割合が 90%以上の都道府県数の将来推計

（2）年齢調整値を用いた解析事例：40 歳以上における自分の歯が 19 歯以下の者の割合の減少

令和６年歯科疾患実態調査の結果から 40 歳以上における５歳階級別の 19 歯以下の者の割合を算出した（表 2)。この割合を基準人口（平成 27 年モデル人口）に適用し、年齢調整した 40 歳以上における自分の歯が 19 歯以下の者の割合を算出したところ、18.1%であった。

表２　19 歯以下の者の割合と年齢調整に用いた基準人口

令和６年歯科疾患実態調査

年齢階級	被調査者数	19歯以下の人数	19歯以下の者の割合
40～44	442	3	0.7%
45～49	498	4	0.8%
50～54	554	12	2.2%
55～59	584	22	3.8%
60～64	665	61	9.2%
65～69	862	143	16.6%
70～74	1,074	318	29.6%
75～79	999	407	40.7%
80～84	678	323	47.6%
85～	379	261	68.9%

基準人口（H27年モデル人口）

年齢階級	基準人口
40～44	7,766,000
45～49	8,108,000
50～54	8,451,000
55～59	8,793,000
60～64	9,135,000
65～69	9,246,000
70～74	7,892,000
75～79	6,306,000
80～84	4,720,000
85～	5,105,000
合計	**75,522,000**

同様の方法を用いて、平成 23 年、平成 28 年、および令和４年における「自分の歯が 19 歯以下の者の割合（年齢調整値)」を算出すると、それぞれ 28.6%、22.7%、および 19.0%であった。令和６年の 18.1%を加えて、直線回帰モデルを用いて 2032 年の値を推計すると 11.2%であった（図 2)。

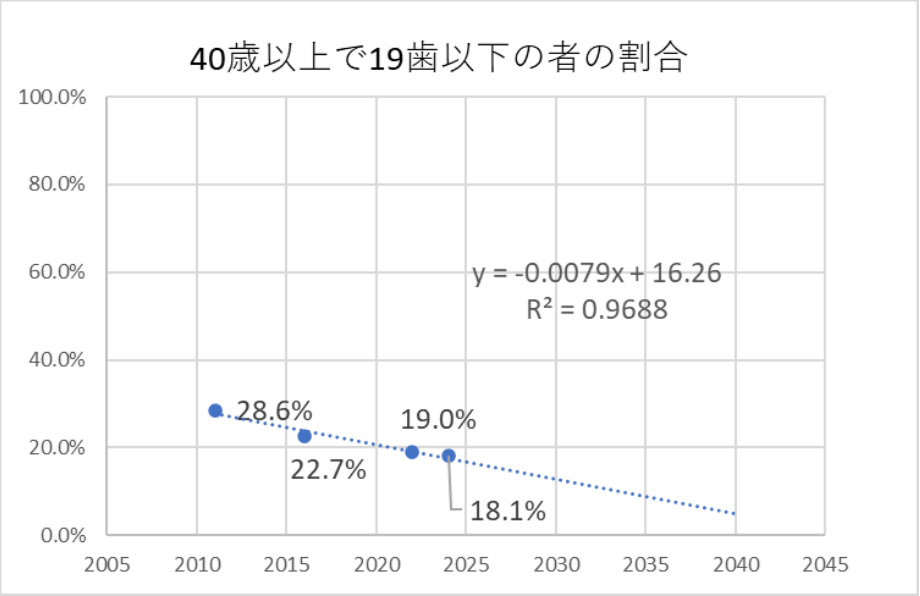


図２　40 歳以上における自分の歯が 19 歯以下の者の割合（年齢調整値）の将来推計

（3）目標値の再設定のための解析事例：50 歳以上における咀嚼良好者の割合（年齢調整値）の増加

国民健康・栄養調査では、咀嚼に関するデータが令和元年に出されて以来、新型コロナウイルス感染拡大による令和 2 年と 3 年の調査が延期となったため、初期の目標値 80%は直近の値がない状況で設定した。しかし、令和 6 年国民健康・栄養調査の値は 81.3%となり、目標値の再設定が必要となった。国民健康・栄養調査では、直近 4 回の国民健康・栄養調査（平成 29 年、令和元年、令和 4 年、令和 6 年）の結果より、50 歳以上における咀嚼良好者（なんでもかんで食べることができると回答した者）の割合を、平成 27 年モデル人口により年齢調整を行い算出したところ、2032 年の予測値は 89.6%であった（図 3）。

- 基準人口（H27平滑化人口）による年齢調整値を使用
- 2032年（令和14年）の予測値=89.6%

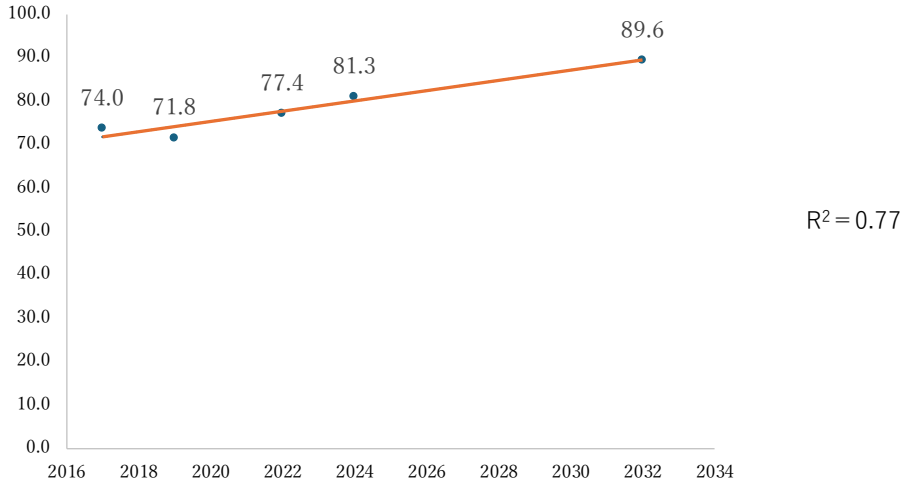


図３　50 歳以上における咀嚼良好者の割合（年齢調整値）の将来推計

（4）将来予測が可能であった指標

基本的事項（第二次）での 17 告示指標において、線形回帰モデルによる将来予測が可能であったのは 9 指標であった（表 3)。このうち、歯周炎と咀嚼に関する指標については、令和 4 年度の厚労科研で同様の分析を行った際には、一貫した経時的なトレンドを見出すことができなかった項目であった。一方、令和 4 年度での分析で将来予測可能と考えられた障害児・者および要介護高齢者への定期的歯科検診に関する指標については、改善傾向が認められなくなり、将来予測モデルの決定係数も極めて低い値になった。これらの指標については、2020～2023 年頃まで全国的な流行が続いた新型コロナウイルス感染症の一時的な影響を大きく受けたため、より妥当な予測を行うためには、今後のデータ動向を注視する必要がある。

また、ストラクチャー指標の大部分と 60 歳以上における未処置の根面う蝕を有する者の割合に関する指標および 15 歳未満でフッ化物応用の経験がある者の割合に関する指標は、2 時点以下の既存データのみであったため、直線回帰モデル自体を設定することができなかった。

なお、すべての告示指標の算出シートは章末資料として添付する。併せて、将来予測値を目標値に用いた指標については、線形回帰モデルに関する説明図も章末資料として添付した。

表3　将来予測が可能であった基本的事項（第二次）の告示指標一覧

３歳児で４本以上のう蝕のある歯を有する者の割合
12 歳児でう蝕のない者の割合が 90%以上の都道府県数
40 歳以上における自分の歯が 19 歯以下の者の割合
20 歳以上における未処置歯を有する者の割合
20 代~30 代における歯肉に炎症所見を有する者の割合
40 歳以上における歯周炎を有する者の割合
80 歳で20 歯以上の自分の歯を有する者の割合
50 歳以上における咀嚼良好者の割合
過去１年間に歯科検診を受診した者の割合

D. 考察

令和４（2022）年および令和６（2024）年の歯科疾患実態調査、さらに令和６年度厚生労働省事業「ライフステージに応じた歯科口腔保健推進事業」調査結果を新たに活用し、基本的事項（第二次）における 17 告示指標のベースライン値を提示するとともに、線形回帰分析を用いた 2032 年時点での将来予測値を求め、目標値の修正を検討した。今回の再分析により、明確に目標値を修正しなければならない目標は咀嚼に関する指標であった。歯数に関する 2 指標については、今回の将来予測値が令和 4 年度で実施した分析値より低減していたため、最終目標値の修正も検討した。しかし、告示指標における目標値の下方修正は慎重に行う必要があるため、令和 10（2028）年に実施予定である歯科疾患実態調査の結果をもとに再検討すべきと考えられた。

今回の分析の結果、ほぼ半数の指標において、線形回帰分析による将来予測値を目標値設定に活用できた。線形回帰モデルの利点は、経時的に一定の増加もしくは低減傾向にある場合、将来の動向を的確に把握できる点である。そのため、一貫して有病状況が改善傾向にあるう蝕関連指標については、将来予測値は大きな役割を果たす。その一方、直線回帰モデルによる予測値が 100%を超す等

のスケールアウトを起こすこともある。その場合は、Fractional Polynomial（FP）モデル[4]のような別の回帰モデルを適用することを検討すべきである。

予測モデルの適合度が高い場合であっても、これまでの状況が将来においても継続することを前提とするため、今回の分析においてみられたように、感染症流行の影響などの突発的な外的要因が生じ、その影響を強く受けた場合は、モデル適合度は大きく低下する。これらのことも踏まえ、得られた将来予測値をどのように目標値に反映させるかは、指標ごとの特性を考慮しなければならない。特に、データを得ることができる頻度が毎年ではなく、4〜5 年に 1 度程度など間隔が空く場合には注意を要する。歯科保健活動における目標値においては、達成可能性を考慮するとともに、より高いレベルを目指す視点も重要である。将来予測値を目標値に活用する場合、今後の歯科保健活動の成果を見込んで、予測値よりも若干高めの値を設定するなどの工夫が必要と考えられる。また、今回求めた将来予測値が、以前求めた値よりも低かった指標においては、この段階で目標値を修正するのはなく、中間評価時において再度動向を見定めたうえで、目標値の変更の必要性を吟味するのが妥当と考えられる。

基本的事項（第二次）は、中間評価を含む 12 年間の歯科保健計画である。そのため、年齢調整値を用いた指標は、人口高齢化の進展による影響を受けにくく、妥当な中間・最終評価を行ううえで有用であると考えられる。年齢調整値の算出においては、平成 27 年モデル人口を用いることで、歯科保健活動導入の効果を適切に評価できることが期待される。その際、令和 6 年歯科疾患実態調査の値をそのまま用いるのではなく、拡大乗数による地域間補正を行う前のデータを使用する必要がある点に留意すべきである。

また、将来予測による分析とは離れるが、介護老人施設での過去１年間の歯科検診実施率については、集計方法等を再検討する必要がある。表 1 に示すように、要介護高齢者への歯科保健サービスの提供状況を示す指標として「要介護高齢者が利用する施設での過去１年間の歯科検診実施率」を掲げている。基本的事項（第一次）では、厚労科研にて全国データが報告されていた介護老人保健施設のみのデータを用いていたが、長期療養を要する要介護高齢者の多くが介護老人福祉施設に入所していることから、少なくとも介護老人福祉施設での過去１年間の歯科検診実施状況（次章で詳細を報告）を加味した目標値設定が望ましいと考えられた（章末資料参照のこと）。

Ｅ．結論

令和 4 年以降のデータを加えることによって、線形回帰分析による将来予測値を目標値の設定に用いることができたのは 17 告示指標のうち 9 指標とほぼ半数に達しており、過去の時系列データを用いた将来予測は目標値の再検討に大きく役立つことが明らかになった。また、これらの再推計の結果、咀嚼に関する目標では目標値の約 10 ポイントの上方修正が必要であることが示唆された。

Ｆ．引用文献

1）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．2023 年 10 月．
https://www.mhlw.go.jp/content/001154214.pdf

2）三浦宏子．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）総合研究報告書「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」(23IA1012)．2025 年 5 月．

3）厚生労働省．年齢調整死亡率の基準人口について．2022 年２月．
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei20/dl/14_nencho.pdf

4）Royston P. Model selection for univariable fractional polynomials. Stata Journal. 2017;17:619-629.

G. 研究発表

１．論文

１）Oshima K, Fukuda H, Murata Y, Ida Y, Ishizuka Y, Miura H. Preferred conditions for promoting participation in on-site oral health surveys among Japanese adults: insights from a conjoint analysis. BMC Public Health 2026 (in press).

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

章末資料①

告示指標の目標値シートのアップデート一覧と将来推計の結果

第１項 歯・口腔に関する健康格差の縮小によるすべての国民の生涯を通じた歯科口腔保健の達成

①歯・口腔に関する健康格差の縮小

指標	３歳児で４本以上のう蝕のある歯を有する者の割合
データソース	地域保健・健康増進事業報告
ベースライン値	2.1%（令和６年度） （令和６年度地域保健・健康増進事業報告）
目標値	０％
目標値の考え方	直近７回（平成30年度～令和6年度）の地域保健・健康増進事業報告における３歳児のう蝕有病状況のデータから、３歳児で４本以上のう蝕のある歯を有する者の割合を求め、直線回帰モデルによる将来推計を行った。令和14年度において、その割合は ０％以下の負の値と推計された（−0.67%）。歯科口腔保健に関する施策による継続的な改善効果を踏まえ、目標値は変更せず、引き続き０％で設定する。 参照スライド）別添ファイル　スライド①

指標	12 歳児でう蝕のない者の割合が 90%以上の都道府県数
データソース	学校保健統計調査
ベースライン値	０都道府県（令和６年度） （令和６年度学校保健統計調査）
目標値	25 都道府県
目標値の考え方	令和６年度学校保健統計調査における 12 歳児でう蝕のない者の割合は、全国平均値が約 74.9%であり、都道府県別では、最も多い都道府県で 80%を超えていた。全ての都道府県が現状より高い数値を達成しつつ、都道府県間の差を縮小させていくことを図る観点から、その割合が 90%以上の都道府県を指標として設定する。直近 16 回（平成 21年度～令和６年度）の同調査のデータから、都道府県ごとに 12 歳児でう蝕のない者の割合を求め、直線回帰モデルによる推計を行った。令和14 年度において、その割合が 90%以上の都道府県数は 20 都道府県と推計され、前回の推計（25都道府県）よりも減少した。しかし、12 歳児でう蝕のない者の割合の全国平均値は増加傾向にあることから、目標値は変更せず、25都道府県のままとする。 （参照スライド）別添ファイル　スライド②

指標	40 歳以上における自分の歯が 19 歯以下の者の割合（年齢調整値）
データソース	歯科疾患実態調査
ベースライン値	18.1%（令和６年）
目標値	５%
目標値の考え方	直近４回（平成 23 年、平成 28 年、令和４年、令和６年）の歯科疾患実態調査をもとに、40歳以上における自分の歯が 19 歯以下の者の割合を ５歳階級別に平成27年モデル人口による年齢調整を行い算出した。直線回帰モデルによる将来推計を行ったところ、令和14年度の推計値は11.2%であったことから、目標値は近似値である 10%程度に修正することが適当と考えられる。しかしながら、告示指標における目標値の下方修正は慎重に行う必要があるため、中間評価時の数値も踏まえ、改めて検討することが適当である。 （参照スライド）別添ファイル　スライド③

第２節 歯科疾患の予防
第１項 う蝕の予防による健全な歯・口腔の育成・保持の達成
①う蝕を有する乳幼児の減少（再掲項目）
②う蝕を有する児童生徒の減少（再掲項目）

③治療していないう蝕を有する者の減少

指標	20 歳以上における未処置歯を有する者の割合（年齢調整値）
データソース	歯科疾患実態調査
ベースライン値	29.1%（令和６年）※平成27年モデル人口により年齢調整した値 （参考）31.0%　※年齢調整していない値
目標値	20%
目標値の考え方	直近４回の歯科疾患実態調査（平成 23 年、平成 28 年、令和４年、令和 ６年）における、20歳以上の未処置歯を有する者の割合を5歳階級別に平成27年モデル人口により年齢調整を行い算出し、直線回帰モデルにより将来推計したところ、令和14年度の推計値は25.2%であった。歯科口腔保健施策による効果及び実現可能性等を考慮して、令和14年度の目標値は引き続き 20%で設定する。 (参照スライド)別添ファイル スライド④

④根面う蝕を有する者の減少

指標	60 歳以上における未処置の根面う蝕を有する者の割合（年齢調整値）
データソース	歯科疾患実態調査
ベースライン値	6.4%　※平成27年モデル人口により年齢調整した値 （参考）11.8%　※年齢調整していない値
目標値	５％
目標値の考え方	未処置の根面う蝕を有する者の割合は、令和4年以降の歯科疾患実態調査で報告されるようになったものであり、現時点では令和４年と令和６年のデータのみが把握できる。60歳以上における未処置の根面う蝕を有する者の割合（年齢調整値）は、令和4年で5.5%、令和６年で 6.4%であった。これらの数値を得る前の段階で、歯科診療所を受診した患者を対象とした令和4年度の厚生労働科学研究では、60歳以上の年代で未処置の根面う蝕を有する者の割合（年齢調整値）が7.2%であったことを踏まえて当初の目標値５%を設定したが、概ね妥当な数値と考えられる。これらのことより、目標値については変更せずに引き続き５%とする。

第２項 歯周病の予防による健全な歯・口腔の保持の達成

①歯肉に炎症所見を有する青壮年の減少

指標	10 代における歯肉に炎症所見を有する者の割合
データソース	歯科疾患実態調査
ベースライン値	26.7%（令和６年）
目標値	10%
目標値の考え方 （修正）	歯科疾患実態調査において、CPI による評価でプロービングによる歯肉出血がある者について歯肉炎症所見を有する者とする。直近2回の結果（令和４年：38.2%、令和６年：26.7%）をもとに、今後の歯科口腔保健に関する施策による改善効果を期待して、目標値は変更せずに当初の10%に設定する。

指標	20 代～30 代における歯肉に炎症所見を有する者の割合（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査、歯科疾患実態調査
ベースライン値	22.4%（令和６年歯科疾患実態調査）
目標値	15%
目標値の考え方	平成30年までは、本指標のデータソースは国民健康・栄養調査であったが、令和４年以降は歯科疾患実態調査をデータソースとする。国民健康・栄養調査の直近４回の生活習慣調査の「歯ぐきの状態」において「歯ぐきが腫れている」、「歯を磨いたときに血が出る」のいずれかに該当する者を「歯肉に炎症所見を有する者」とした割合（平成16年：33.7%、平成21年：30.4%、平成26年：27.8%、平成30年：24.5%）を平成27年モデル人口により年齢調整を行い、直線回帰モデルによる推計を行ったところ、令和14年度の予想値は15.8%であった（決定係数0.998）。 一方、歯科疾患実態調査の自記式回答項目では、令和４年で28.3%、令和６年で22.4%であった。歯肉の初期炎症は、適切なセルフケアを行い良好な口腔管理が維持できれば改善するとされていることを踏まえて、当初の目標値は妥当と判断し、変更しない。 （参照スライド）添付ファイル スライド⑤

②歯周病を有する者の減少

指標	40 歳以上における歯周炎を有する者の割合（年齢調整値）
データソース	歯科疾患実態調査
ベースライン値	47.8%（令和6年）※平成27年モデル人口により年齢調整した値 （参考）50.0%（令和６年）※年齢調整していない値
目標値	40%
目標値の考え方（修正）	歯周疾患の評価方法が同一である直近3回の歯科疾患実態調査（平成28年、令和４年、令和６年）の結果をもとに、40歳以上の歯周炎を有する者（４㎜以上の歯周ポケットのある者）の割合を５歳階級別に平成27年モデル人口により年齢調整を行い算出し、直線回帰モデルにより将来予測を行ったところ、決定係数は0.78と適合状況は良好であり、有意な低下を示した。令和14年の将来予測値は41.3%であり、当初の目標値 40%とほぼ近似した値を示したため、目標値は変更しない。 （参照スライド）別添ファイル　スライド⑥

第３項 歯の喪失防止による健全な歯・口腔の育成・保持の達成
①歯の喪失の防止（再掲項目）

②より多くの自分の歯を有する高齢者の増加

指標	80 歳で20 歯以上の自分の歯を有する者の割合
データソース	歯科疾患実態調査
ベースライン値	61.5%（令和６年） ※各都道府県の人口規模が反映されるように調整された全国補正値
目標値	85%
目標値の考え方（修正）	直近４回（平成 23 年、平成 28 年、令和４年、令和６年）の歯科疾患実態調査をもとに、80 歳（75 歳から 84 歳の年齢区分）における 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合を算出し、直線回帰モデルを用いて将来推計を行った。令和14年度の推計値は69.6%であったことから、目標値は近似値である70%程度に修正することが適当と考えられる。しかしながら、告示指標における目標値の下方修正は慎重に行う必要があるため、中間評価時の数値も踏まえ、改めて検討することが適当である。 （参照スライド）別添ファイル　スライド⑦

第３節 口腔機能の獲得・維持・向上
第１項 生涯を通じた口腔機能の獲得・維持・向上の達成
①よく噛んで食べることができる者の増加

指標	50 歳以上における咀嚼良好者の割合（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査
ベースライン値	81.3%（令和６年）　※平成27年モデル人口により年齢調整した値 （参考）80.6%　※年齢調整していない値
目標値※変更あり	90%
目標値案の考え方 （修正案あり）	当初の目標値は80%と設定していたが、令和6年国民健康・栄養調査の値は81.3%となり、目標値の再設定が必要となった。直近４回の国民健康・栄養調査（平成 29 年、令和元年、令和４年、令和６年)の結果より、50 歳以上における咀嚼良好者（何でもかんで食べることができると回答した者）の割合を平成27年モデル人口により年齢調整を行い算出した。これらの数値を用いた直線回帰モデルの決定係数は 0.77と高く、令和14年の予測値89.6%に基づき、目標値を90%とする。 （参照スライド）別添ファイル　スライド⑧

②より多くの自分の歯を有する者の増加（再掲項目）

第４節 定期的な歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健における目標

第１項 定期的な歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健の推進

①障害者・障害児の歯科口腔保健の推進

指標	障害者・障害児が利用する施設での過去１年間の歯科検診実施率
データソース	厚生労働科学研究事業
ベースライン値	62.7%（令和５年度）
目標値	90%
目標値の考え方	直近４回（平成23、平成28、平成31、令和５年度）の本指標に係る調査結果をもとに直線回帰モデルによる将来予測を試みたが、直線回帰モデルの決定係数は0.001と大変低く、将来予測値を用いた目標値の設定は困難であった。そのため、歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第1次）で未達であった目標値90%をそのまま踏襲する。なお、ベースライン値とした令和5年度の結果は、コロナ禍の影響を受けて62.7%にとどまるが、ポストコロナ時代における歯科保健活動のさらなる推進に期待して目標値の変更は行わない。

②要介護高齢者の歯科口腔保健の推進

指標	要介護高齢者が利用する施設での過去１年間の歯科検診実施率
データソース	厚生労働科学研究事業および厚生労働省事業
ベースライン値	38.8%（令和６年度）
目標値	50%
目標値の考え方	要介護高齢者が利用する施設としては介護老人福祉施設と介護老人保健施設は主要なものである。介護老人保健施設に加えて、介護老人福祉施設での定期歯科検診の実施状況を把握することによって、より広範に要介護高齢者が利用する施設での口腔健康管理を推進することができると考え、介護老人保健施設と介護老人福祉施設の直近２回（平成31、令和６年度）の全国調査の結果を用いた。両者の結果を比較するとベースラインとなる令和６年の値は、平成31年度の値（36.8%）から微増していた。２時点のデータのみであるため、将来予測による分析を行うことはできないが、令和６年度の値が38.8%であることを踏まえると、当初の目標値 50%は妥当なものと考えられる。これらのことから、目標値の変更は行わない。

第５節 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備

第１項 地方公共団体における歯科口腔保健の推進体制の整備

①歯科口腔保健の推進に関する条例の制定

指標	歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している保健所設置市・特別区の割合
データソース	厚生労働省事業
ベースライン値	35.5%（令和６年度）
目標値	60%
目標値の考え方（修正）	令和６年度厚生労働省事業（ライフステージに応じた歯科口腔保健推進事業）の調査結果によると、保健所設置市・特別区のうち、歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している割合は 35.5%、今後策定予定としている割合は 2.2%であった。今後策定予定と回答した保健所設置市・特別区を含めた 37.7%を低位目標とし、その２倍を高位目標と考え、その中間値に近似する 60%を目標値とすることは妥当と考えられたため、目標値は変更しない。

②ＰＤＣＡサイクルに沿った歯科口腔保健に関する取組の実施

指標	歯科口腔保健に関する事業の効果検証を実施している市町村の割合の増加
データソース	厚生労働省事業
ベースライン値	32.1%（令和６年度）
目標値	100%
目標値の考え方（修正）	令和６年度厚生労働省事業（ライフステージに応じた歯科口腔保健推進事業）の調査結果によると、歯科口腔保健事業の効果検証を行っている市町村の割合は 32.1%であった。ＰＤＣＡサイクルに沿った歯科口腔保健に関する施策を推進する観点から、歯科口腔保健に関する事業について、全市町村で効果検証が実施されることとなる100%を目標値として設定した。

第２項 歯科検診の受診の機会及び歯科検診の実施体制等の整備

①歯科検診の受診者の増加

指標	過去１ 年間に歯科検診を受診した者の割合
データソース	国民健康・栄養調査、歯科疾患実態調査
ベースライン値	56.0%（令和６年）
目標値	95%
目標値の考え方（修正）	過去４回の国民健康・栄養調査（平成21年、平成24年、平成28年、令和５年）の結果をもとに、直線回帰モデルによる将来予測を行ったところ、令和14年の予測値は75.5%であった（決定係数　0.76）。コロナ禍の影響のため令和５年の受診率が抑制傾向にあったため、当初の将来予測値より低い値となったが、ポストコロナ時代における国民のさらなる口腔保健意識の向上に期待し、国民皆歯科健診の実現に向けて目標値の変更は行わない。また、歯科口腔保健の推進に関する基本的事項での取組を継続的に評価する観点から本指標については対象者を20歳以上の者とし、年齢調整を実施していない。 　なお、令和４年および６年の歯科疾患実態調査でも「過去1年間に歯科検診を受診した者」を調べており、それぞれ55.1%と56.0%であった。令和６年以降の歯科疾患実態調査は国民健康・栄養調査の大規模調査時に実施されることを踏まえ、今後はデータソースとして歯科疾患実態調査を活用することを想定し、ベースライン値は令和６年歯科疾患実態調査の値を用いる。 （参照スライド）別添ファイル　スライド⑨

②歯科検診の実施体制の整備

指標	法令で定められている歯科検診を除く歯科検診を実施している市町村の割合
データソース	厚生労働省事業
ベースライン値	81.7%（令和６年度）　※1,050市町村/1,285市町村
目標値	100%
目標値の考え方	令和６年度厚生労働省事業（ライフステージに応じた歯科口腔保健推進事業）の調査結果によると、法令で定められている歯科検診を除く歯科検診を実施している市町村の割合は81.7%であった。地域における歯科検診を更に推進する観点から、全市町村において法令で定められていない歯科検診が実施されることとなる100%を目標値とした。なお、「法令で定められている歯科検診を除く歯科検診」とは、「学校保健安全法（昭和 33 年法律第 56 号）第11 条に定める就学時の健康診断及び第 13 条に定める児童生徒等の健康診断」、「母子保健法（昭和 40年法律第 141 号）第 12 条第１項に定める健康診査」、「健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 19 条の 2 に定める厚生労働省令で定める事業による歯科検診」を除いて、地方公共団体が独自に対象者を設定して実施する歯科検診とする。

第３項 歯科口腔保健の推進等のために必要な地方公共団体の取組の推進

①う蝕予防の推進体制の整備

指標	15 歳未満でフッ化物応用の経験がある者の増加
データソース	歯科疾患実態調査
ベースライン値	69.8%（令和６年）
目標値	80%
目標値の考え方（修正）	フッ化物塗布およびフッ化物洗口の経験を有する15歳未満の者の全国的な状況については、平成28年以降の歯科疾患実態調査で把握している。これらの過去3回（平成28年、令和４年、令和６年）の結果による将来予測を試みたが、決定係数は0.002と大変低く、将来予測を目標値に活用することは困難であった。令和４年の値は59.4%と低下したが、令和６年では再び増加に転じ、一定の傾向を示していない。令和４年はコロナ禍の影響でフッ化物洗口プログラムが中止となる学校・施設が多かったことも影響しているものと考えられる。しかし、平成28年の値（66.7%）と比較して、令和６年の値は増加していることを踏まえると、当初の目標値80%は概ね妥当な値と考えられるため、目標値の修正は行わない。

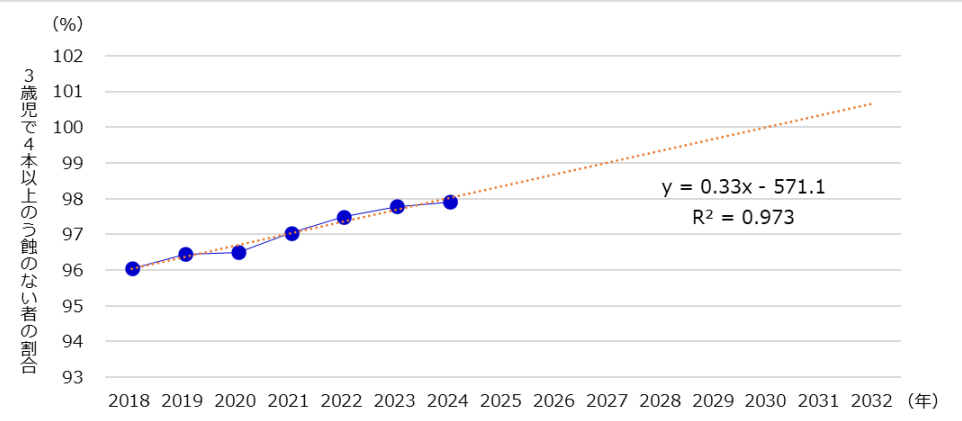
章末資料②

将来予測が可能であった告示指標

スライド①

３歳児で４本以上のう蝕のない者の割合

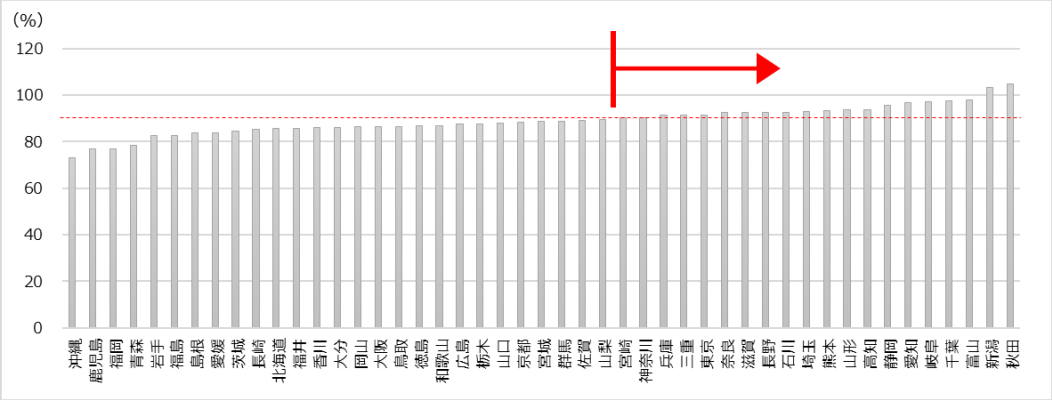
- 2032年（令和14年）の予測値＝100.7%
- 告示目標である「3歳児で4本以上のう蝕のある歯を有する者の割合」としての予測値は0%



スライド②

12歳児でう蝕のない者の割合が90%以上の都道府県数

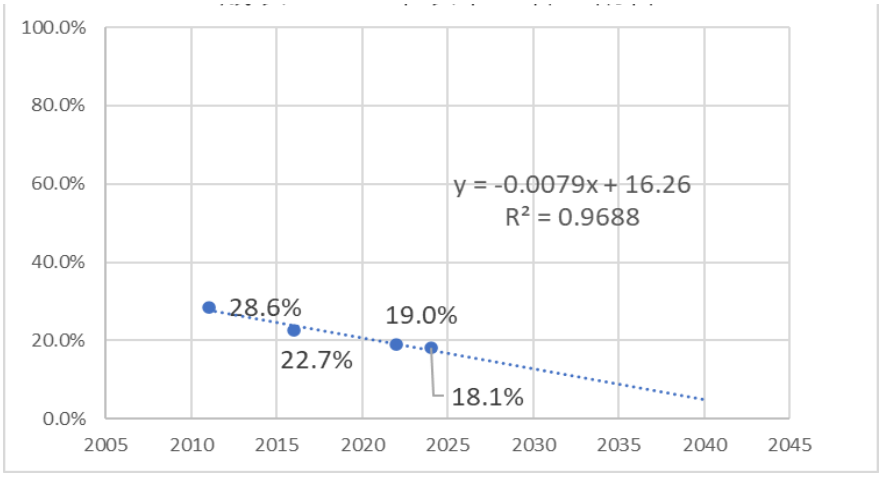
- 都道府県ごとの直線回帰モデルによる将来予測を実施
- 2032年（令和14年）の予測値=20都道府県



スライド③

40歳以上で自分の歯が19本以下の者の割合

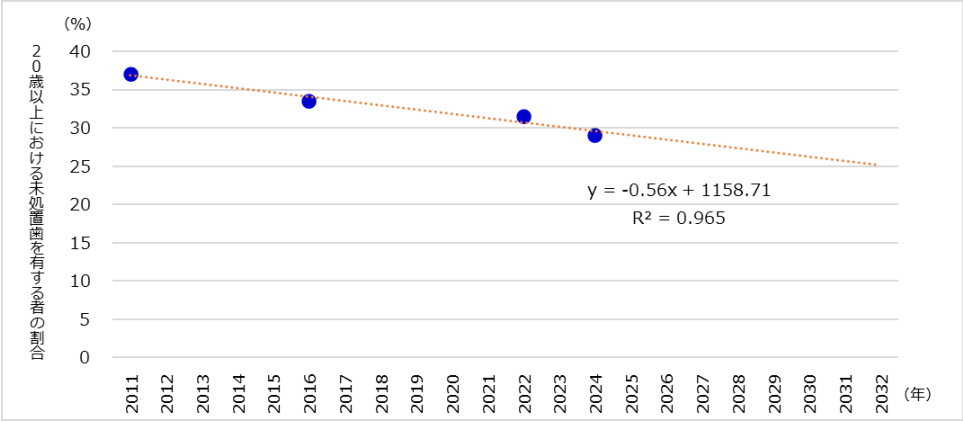
・基準人口（H27平滑化人口）による年齢調整値を使用
・2032年（令和14年）の予測値：　11.2%



スライド④

20歳以上における未処置歯を有する者の割合の減少

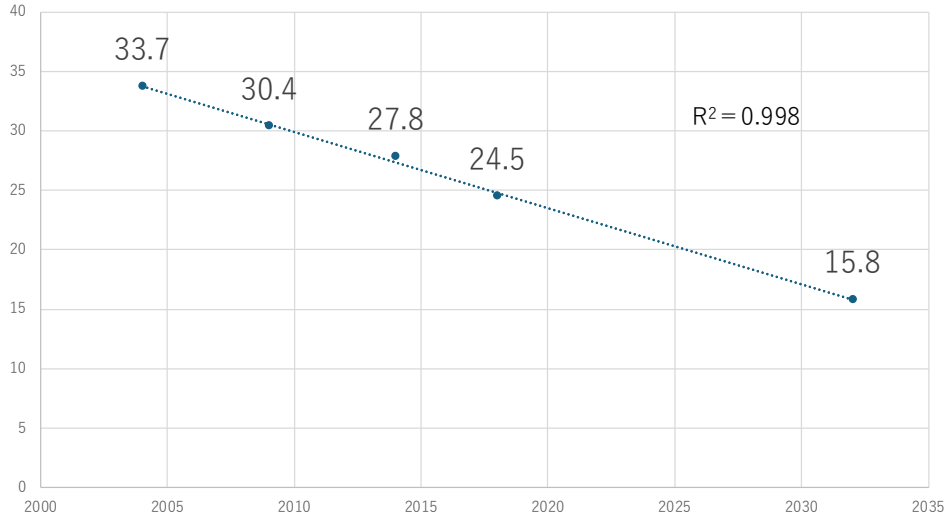
- 基準人口（H27平滑化人口）による年齢調整値を使用
- 2032年（令和14年）の予測値=25.2%



スライド⑤

20～30代の歯肉炎症所見を有する者の割合

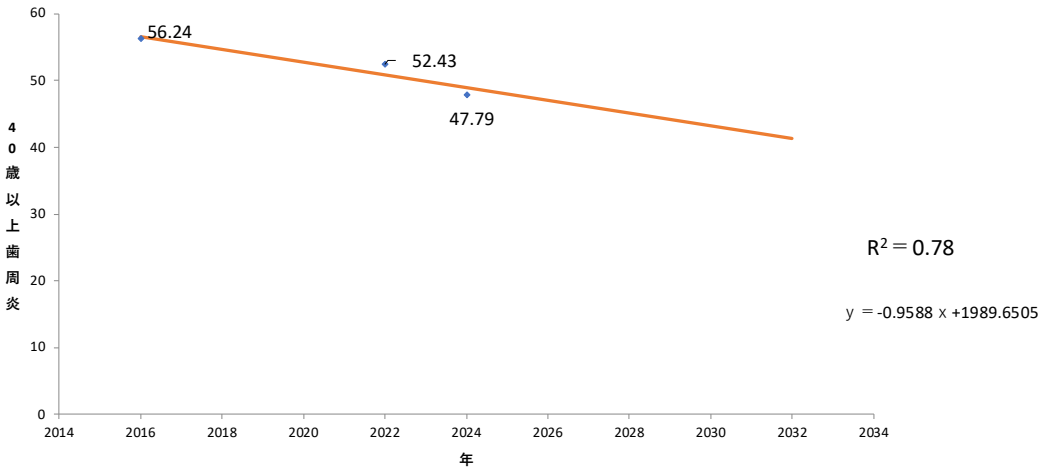
- データソースを国民健康・栄養調査（平成30年まで）とした場合の将来推計
- 基準人口（H27平滑化人口）による年齢調整値を使用
- 2032年（令和14年）の予測値=15.8%



スライド⑥

40 歳以上における歯周炎を有する者の割合

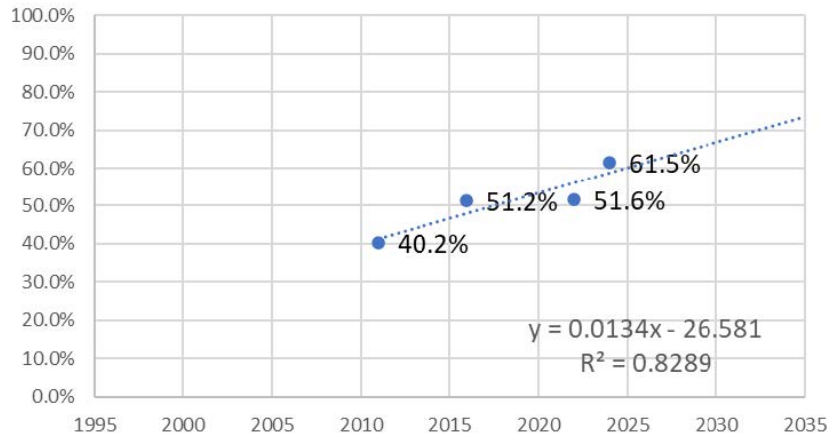
- 基準人口（H27平滑化人口）による年齢調整値を使用
- 2032年（令和14年）の予測値=41.3%



スライド⑦

80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合

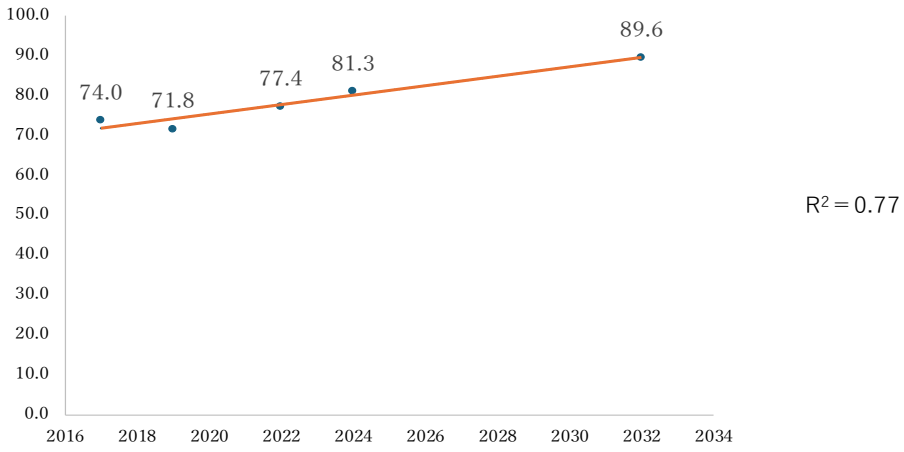
・2032年（令和14年）の予測値：69.6%



スライド⑧

50歳以上における咀嚼良好者の割合

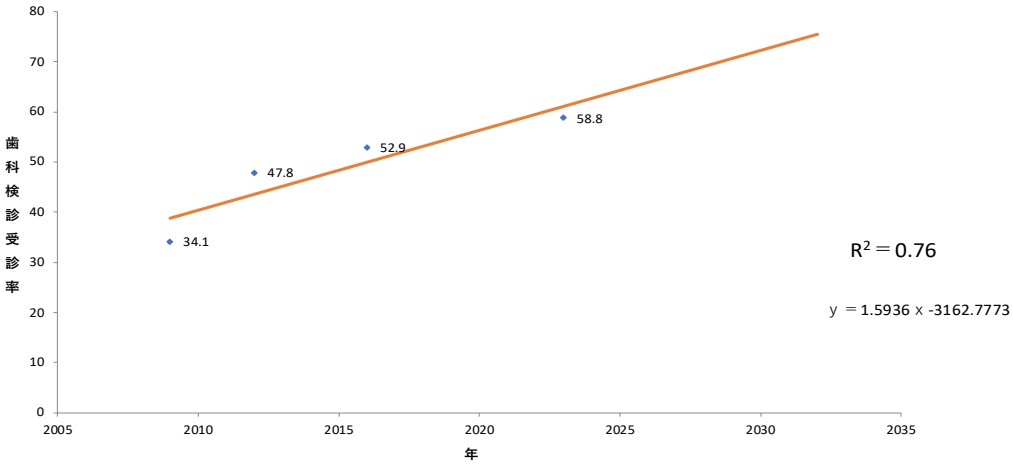
- 基準人口（H27平滑化人口）による年齢調整値を使用
- 2032年（令和14年）の予測値=89.6%



スライド⑨

歯科検診の受診者

- データソースとしては国民健康・栄養調査のみを利用
- 2032年（令和14年）の予測値=75.5%



厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」に進捗評価と推進方策に関するエビデンス構築
令和７年度　分担研究報告書

介護老人福祉施設に対する全国調査に基づく歯科保健サービス提供体制に関する要因分析

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　　特任教授
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

研究要旨

【目的】全国の介護老人福祉施設における歯科保健医療サービスの提供状況を把握することを目的に調査を実施し、入所者を対象とした口腔健康管理の向上につながる歯科保健サービス提供体制に関わる要因の分析を行った。

【方法】介護サービス情報公表システムの事業所情報のオープンデータを用いて得た全国の介護老人福祉施設 10,297 施設から無作為抽出（1/2 抽出）した 5,149 施設を対象とし、作成した自記式の調査票を郵送にて配布および回収を行った。調査票は、①施設の基本情報、②入所定員および入所者数、③歯科保健サービスの提供体制、④口腔の健康状態の評価等の取り組み、⑤口腔ケアの提供状況の５つの項目で構成した。調査にて得られたデータのうち、定量データについては記述統計量を求め、回答者の自己評価と歯科保健活動の内容との関連性についてはχ^2検定を用いた。

【結果】5,145 施設中 830 施設から返信があり、有効回答は 829 部であった（回収率 16.1%）。併設する歯科医療機関は歯科診療所と病院歯科を合わせると 4.1%であった。歯科衛生士を配置する施設は 28.7%であり非常勤が多かった。口腔内状況の評価や管理への対応に 61.5%の施設において問題があると回答しているが、歯科衛生士の配置の必要性とは関連がなかった。一方、口腔衛生管理加算の算定と歯科衛生士の配置の必要性とは関連があった。定期的な歯科健診は 44.8%の施設で実施されており、都道府県別でみると地域差が認められた。また、定期的な歯科保健指導の実施率は 55.9%であった。入所者のニーズを満たしているかという質問に対して、「満たしている」と評価したのは 80.3%で、定期的歯科健診や定期的な歯科保健指導の実施と有意な関連が認められた。

【結論】介護老人福祉施設における定期的な歯科健診の実施率は 44.8%であり令和元年度より増加していた。しかし、都道府県別に実施率をみると地域差があることが明らかであった。定期的な歯科健診や歯科保健指導の実施と入所者のニーズを満たしているという自己評価には関連性があったことからも、引き続き地域の歯科医療機関と連携しながら歯科保健活動の充実を図るための支援が必要であることが示唆された。

A. 研究目的

令和 6 年度から推進されている歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）では、引き続き、要介護高齢者の歯科口腔保健の推進として要介護高齢者が利用する施設での過去１年間の歯科検診実施率が指標として設定されている [1)]。現状値の 33.4%は令和元年度の厚生労働省委託事業 [2)]の調査結果であるが、同事業では介護老人福祉施設を対象とした調査も行っており、年１回以上の歯科検診実施率は 40.1%という結果であった。昨年度実施の介護老人保健施設を対象とした調査 [3)]では年 1 回以上の定期的な歯科検診実施率がコロナ禍の影響等で低下傾向を示したことから、介護老人福祉施設における歯科保健医療サービスの提供状況を把握することを目的に調査を実施し、入所者を対象とした口腔健康管理の向上につながる歯科保健サービス提供体制に関わる要因の分析を行った。

B. 研究方法

1. 対象施設

介護サービス情報公表システムから出力した 2024 年 12 月末時点の「介護老人福祉施設」と「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」の事業所情報のオープンデータを用いて得た全国の介護老人福祉施設 10,297 施設から無作為抽出（1/2 抽出）した 5,149 施設を対象とした。

2. 方法

施設における歯科保健サービスの提供状況等に関する自記式の調査票を作成し、郵送にて配布および回収を行った。調査期間は 8 月下旬～9 月下旬とした。

調査票は、令和 6 年度の介護老人保健施設を対象に実施した厚生労働科学研究の報告書を参考にし、介護保険施設における歯科保健の状況に詳しい行政歯科保健担当者である研究協力者の助言を得ながら作成した。内容は①施設の基本情報、②入所定員および入所者数、③歯科保健サービスの提供体制、④口腔の健康状態の評価等の取り組み、⑤口腔ケアの提供状況の５つの項目に分けて、歯科専門職の配置状況、歯科健診の提供状況や介護報酬改定により運営基準に口腔衛生の管理が追加されたことによる変化、歯科保健指導の提供状況、管理加算の活用状況、口腔ケアの対象者、口腔ケアのマニュアルの有無などの質問を設けた。なお、調査票を別添に示す。

調査にて得られたデータのうち、定量的なデータについては記述統計量を求め、介護老人福祉施設を対象とした過去の調査結果と比較可能な項目については推移を分析した。また、アンケート回答者の自己評価と歯科保健活動の内容との関連性については χ^2 検定を用いて評価した。

3. 倫理的配慮

本研究の実施に先立ち、研究計画を北海道医療大学歯学倫理審査委員会に申請し、承認を得てから実施した（承認番号：第 241 号)。調査票に同封した説明文に、研究の目的、回答は任意であること、回答しないことによる不利益がないこと、個人情報保護への配慮、結果の公表方法、および回答済み調査票の返送をもって研究参加に同意したものとみなす旨を記載した。

C. 研究結果

1. 回収率

宛先不明や事業廃止により送付が不可能であった 4 施設を除く 5,145 施設のうち、830 施設から返信があった。すべての項目に回答があった 829 施設を有効回答とした（回収率 16.1%)。

2. 併設している歯科医療機関の有無

併設する歯科医療機関の有無について表 1 に示す。歯科診療所は 2.3%、病院歯科は 1.8%と歯科診療所の方が多かった。また、歯科診療所と病診歯科を合わせると 4.1%で、令和 4 年度の調査結果[5]（2.2%）と比較すると高い値を示した。

表1　併設する歯科医療機関の有無

	施設数	割合
歯科診療所	19施設	2.3%
病院歯科	15施設	1.8%
ない	764施設	92.2%
未回答	31施設	3.7%

3. 歯科専門職の配置

歯科専門職の配置について表 2 に示す。歯科医師は 19.9%、歯科衛生士は 28.7%であり、歯科衛生士を配置する施設が多かった。また、歯科衛生士の配置について、令和 3 年の調査結果[4]は 7.7%、令和 4

年度の調査結果[5]は 17.2%と経年的に配置する施設の割合が高くなっている。雇用形態でみると歯科医師、歯科衛生士ともに非常勤の方が高い値を示したが、令和 4 年度の調査では常勤の歯科衛生士の配置の方が多かった。

表2　歯科専門職の配置の内訳　（N＝829）

	歯科医師		歯科衛生士	
配置あり	165施設	19.9%	238施設	28.7%
常勤	18施設	2.2%	77施設	9.3%
非常勤	149施設	18.0%	168施設	20.3%

4. 口腔内状況の評価や管理への対応について

結果を図 1 に示す。50.4%の施設が「なんとか対応している」と回答しており、「対応に苦慮している」と合わせると 61.5%の施設で対応に問題が生じていることが示された。

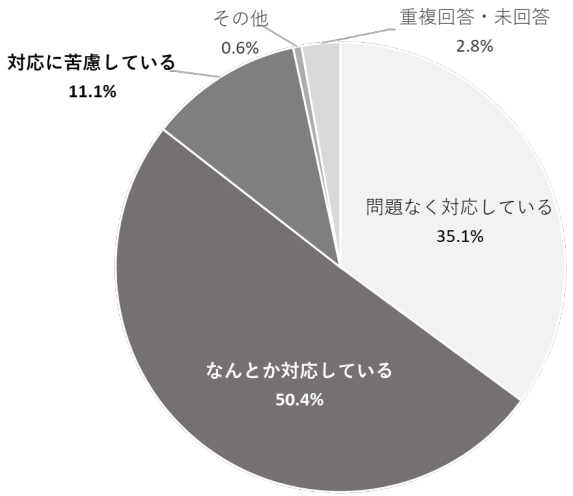


図1　口腔内状況の評価や管理への対応について

5. 口腔衛生管理加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定の有無について

口腔衛生管理加算（Ⅰ）（Ⅱ）を算定している施設は 38.0%であったが、令和 4 年度の調査[5]では口腔衛生管理加算（Ⅰ）は 24.8%, 口腔衛生管理加算（Ⅱ）も 24.8%の施設が算定していたという結果であり、算定する施設の割合が増える傾向にある。一方、算定していない 60.0%の施設から回答を得た未算定の理由を表 3 に示す。「実施できる職種がいない」（34.8%）、「算定の条件が厳しすぎる」（31.4%）、「他の業務で忙しい」（28.4%）が上位を占めた。

表3　算定していない理由　　複数回答

	施設数	割合
実施できる職種がいない	173施設	34.8%
算定の条件が厳しすぎる	156施設	31.4%
他の業務で忙しい	141施設	28.4%
算定の単位数が低い	79施設	15.9%
算定する条件がわからない	24施設	4.8%
算定内容に必要性を感じない	13施設	2.6%
算定対象の入所者がいない	12施設	2.4%
その他	74施設	14.9%
未回答	61施設	12.3%

6. 歯科衛生士の配置の必要性とその関連性について

口腔内の課題の早期発見のために歯科衛生士の配置は望ましいと考えるかという質問に対して、「強くそう思う」「そう思う」を合わせると 76.6%が望ましいと回答した（表 4)。

表4　歯科衛生士の配置の必要性について　　単一回答

	施設数	割合
強くそう思う	151施設	18.2%
そう思う（介護報酬による十分な評価などの条件次第）	484施設	58.4%
あまりそうは思わない	166施設	20.0%
全く思わない	20施設	2.4%
未回答	8施設	1.0%

また、口腔内状況の評価や管理への対応について、回答を「問題なし」と「問題あり」として関連性を調べたところ有意な関連が認められなかったが、口腔衛生管理加算の算定の有無とは有意な関連が認められた（表 5)。

表5　歯科衛生士の配置の必要性との関連性について

		思う	思わない	p値
口腔内状況の評価や管理への対応	問題あり	389	115	p=0.916
	問題なし	224	65	
口腔衛生管理加算の算定	あ り	260	52	p=0.002
	な し	365	128	

7. 歯科健診の実施

(1)歯科健診の実施状況

歯科医師による歯科健診は 81.8% (678 施設）で実施されていた。その内訳を表 6 に示す。定期的（「年 1 回」「年 2 回」「年 3 回以上」）な歯科健診は 44.8%の施設で実施されており、令和元年度の調査結果[2)]の 40.1%を上回った。

表6　歯科医師による歯科健診の実施状況

	施設数	割合	
年1回	139施設	16.8%	定期的な歯科健診の実施 44.8%
年2回	95施設	11.5%	
年3回以上	137施設	16.5%	
不定期	66施設	8.0%	
その他	241施設	29.1%	

都道府県別の定期的な歯科健診の実施状況を表 7 に示す。介護老人福祉施設における実施率が 50%以上なのは 20 都道府県であった。

表7　都道府県別の定期的な歯科健診の実施状況

都道府県	実施率	都道府県	実施率	都道府県	実施率
北海道	40.4%	石川県	50.0%	岡山県	41.7%
青森県	42.9%	福井県	71.4%	広島県	47.4%
岩手県	33.3%	山梨県	50.0%	山口県	40.0%
宮城県	41.2%	長野県	37.5%	徳島県	50.0%
秋田県	29.4%	岐阜県	57.1%	香川県	55.6%
山形県	23.5%	静岡県	44.0%	愛媛県	70.0%
福島県	56.3%	愛知県	46.7%	高知県	60.0%
茨城県	41.2%	三重県	40.0%	福岡県	37.0%
栃木県	50.0%	滋賀県	36.4%	佐賀県	50.0%
群馬県	30.8%	京都府	35.7%	長崎県	38.5%
埼玉県	48.5%	大阪府	45.8%	熊本県	47.4%
千葉県	50.0%	兵庫県	52.8%	大分県	70.0%
東京都	25.8%	奈良県	30.0%	宮崎県	14.3%
神奈川県	37.9%	和歌山県	50.0%	鹿児島県	70.0%
新潟県	57.5%	鳥取県	40.0%	沖縄県	66.7%
富山県	50.0%	島根県	52.9%		

(2) 歯科健診の実施状況の変化

令和3年度の介護報酬改定により運営基準に口腔衛生の管理が追加されたことによる歯科健診の実施状況の変化について図2に示す。「実施するようになった」「機会が増えた」と回答した施設は39.2%であった。

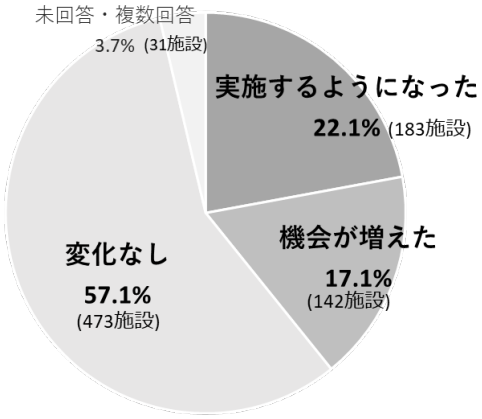


図2　歯科健診の実施状況の変化

8. 歯科専門職からの歯科保健指導の実施状況

歯科専門職による歯科保健指導は89.8%（745施設）で実施されていた。その内訳を表8に示す。定期的（「年1回」「年2回」「年3回以上」）な歯科保健指導は55.9%の施設で実施されており、歯科健診より実施率が高かった。

表8　歯科専門職による歯科保健指導の実施状況

	施設数	割合	
年1回	65施設	7.8%	定期的な歯科保健指導の実施 55.9%
年2回	181施設	21.8%	
年3回	217施設	26.2%	
不定期	58施設	7.0%	
その他	224施設	27.0%	

9. 回答者の自己評価と歯科保健活動の内容との関連性

施設での歯科保健活動が、入所者のニーズをどの程度満たしているかの質問の回答を図 3 に示す。「十分満たしている」と「ある程度満たしている」を合わせて「満たしている」とした場合は 80.3%、「やや不足している」「まったく不足している」を合わせて「不足している」とした場合は 16.9%であった。

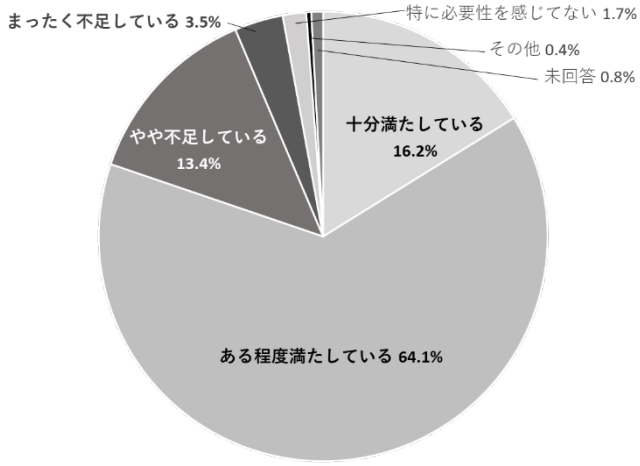


図3　歯科保健活動における入所者のニーズへの対応に関する自己評価

また、回答を「満たしている」「不足している」とした場合の自己評価と、定期的な歯科健診や定期的な歯科保健指導の実施の有無との関連性を調べたところ、定期的な歯科健診、定期的な歯科保健指導ともに有意な関連が認められた（表 9)。

表9　自己評価と歯科保健活動との関連性

		満たしている	不足している	p値
定期的な歯科健診の機会	あ り	313	49	p=0. 004
	な し	319	87	
定期的な歯科保健指導の機会	あ り	387	66	p=0. 013
	な し	265	72	

D. 考察

1. 回収率

今回の調査は 8 月末～9 月末と比較的年度の早い時期に実施するなどの工夫を行ったが回収率は 16. 1%であった。令和元年度[2)]は 31. 6%、令和 4 年度[5)]は 26. 9%と経年的に回収率が下がっており、令和 6 年度[6)]の調査では介護保険施設全体での回収率ではあるものの 14. 8%であった。本研究の回収率は近年の同種調査と同様に低かった。特別養護老人ホームにおける 1 年間のアンケート依頼の中央値が 11～15 件[7)]と数が多いことから、歯科保健活動に関心が高く、現状を伝えることで改善に向けた支援に繋げる機会と考える施設が返送しており、負担感や業務が増えると消極的に捉えている施設では返送率が下がると思われる。そのため回収率をあげるためには、同じ対象にアンケートを実施する研究者と質問内容や調査対象施設の抽出などについて事前に調整するなどの工夫が必要である考えられた。

2. 歯科専門職の配置

歯科医師は約 2 割の施設、歯科衛生士は約 3 割の施設に配置されていた。直近 5 回の衛生行政報告例[8)]によると、50 歳以上の就業歯科衛生士のうち歯科診療所に勤務している者は 9 割を下回っており、一方、介護老人福祉施設に就業する歯科衛生士数は平成 28 年度 289 人、平成 30 年度 416 人、令和 2 年度

388 人、令和 4 年度 445 人、令和 6 年度 491 人であり、令和 2 年度に減少したものの、ここ 10 年は増加傾向と考えられる。また、令和 4 年度以降は介護老人福祉施設に就業する歯科衛生士の年齢構成は 50 歳以上が 6 割を超えており、本調査では非常勤が多かったことから、常勤でないことは介護や自分の時間の確保などワークライフバランスが実現しやすい労働環境として、就業先と考える歯科衛生士が増えてきている可能性がある。

一方、施設においては、約 8 割が歯科衛生士の配置を望んでおり、介護保険の算定と関連性があったこと、口腔内状況の評価や管理を問題なく実施している施設においても配置を望んでいることから、口腔関係の介護報酬算定のためということだけではなく、自施設への歯科衛生士の配置による口腔衛生管理の重要性を認識していることが示唆された。

これらのことから、入所者の口腔内の健康保持や誤嚥性肺炎予防の観点から、介護保険施設が歯科衛生士を配置した場合の評価に加え、現在も行われている復職支援や離職防止等による歯科衛生士数の確保、歯科衛生士の雇用を希望する介護保険施設と歯科衛生士がマッチングできるシステムなど、介護保険施設に歯科衛生士を配置するための支援策の検討が必要と考えられる。

3. 歯科保健サービスの提供状況

歯科医師による歯科健診は約 82%、年 1 回以上の定期的な歯科健診は約 45%の施設で機会が設けられており、令和元年度の調査結果[2)]より上回っていた。また、同じ介護保険施設である介護老人保健施設を対象とした令和 6 年度の調査[6)]では、歯科健診は約 76%、定期的な歯科健診は約 23%の実施状況であったことから、介護老人福祉施設の方が機会が多いことが明らかとなり、歯科専門職による歯科保健指導についても同様の結果であった。本研究で、定期的な歯科健診や歯科保健指導が入所者のニーズを満たしているという評価との関連が認められたことを考慮すると、入所者の要介護度が高い介護老人福祉施設では誤嚥性肺炎や感染性心内膜炎等の予防として日々の口腔ケアが重要であるとともに、定期的な歯科専門職の介入も重要であることが認識されてきたと考えられる。令和 3 年度の介護報酬の改定により施設職員による口腔アセスメントの実施等の口腔衛生管理が義務化となったことも影響し、約 4 割の施設に歯科健診の機会に変化があったと回答したことからも明らかである。また、定期的な歯科健診の実施を都道府県別にみると、地域により実施率に差が認められることから地域の歯科医療機関との連携の促進が望まれる。

E. 結論

介護老人福祉施設における歯科専門職の配置率は歯科医師が約 2 割、歯科衛生士は増加しており約 3 割で非常勤の方が多かった。一方、約 8 割の施設の職員は歯科衛生士の配置を希望しており、歯科診療所等の医療施設だけではなく、福祉の現場においても歯科衛生士の確保が必要とされていることが示唆された。

定期的な歯科健診の実施率は約 45%と令和元年度より増加しており、同じ介護老人保健施設よりも実施率が高かった。しかし、都道府県別に実施率をみると地域差があることが明らかであった。定期的な歯科健診や歯科保健指導の実施と入所者のニーズを満たしているという自己評価には関連性があったことからも、引き続き地域の歯科医療機関と連携しながら歯科保健活動の充実を図るための支援が必要である。

F. 引用文献

1)厚生労働省医政局．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 日通知．https://www.mhlw.go.jp/content/001154214.pdf

2) 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関する調査等一式．https://www.mhlw.go.jp/content/000711480.pdf

3）三浦宏子、村田幸枝、秋野憲一、山口摂崇．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．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）．2024年度
4）厚生労働省保険局．歯科衛生士がいる介護保険施設の割合（令和3年 介護サービス施設・事業所調査より老健局老人課作成）．令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会 資料-4 参考-1．
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001333533.pdf
5）一般社団法人 日本老年歯科医学会．Ⅳ 新型コロナウイルス感染症による口腔衛生関連サービスの提供への影響に関する調査．令和4年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健推進等事業「介護保険施設における歯科専門職による口腔管理に関する調査研究事業」．令和5年3月
https://www.gerodontology.jp/about/file/plan/2022_enhancement_business_report.pdf
6）一般社団法人 日本老年歯科医学会．Ⅲ 介護保険施設における口腔衛生管理体制等の状況および協力歯科医療機関との協力体制に関する郵送調査．令和6年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康推進等事業「介護保険施設における口腔衛生の管理体制の在り方に関する調査研究事業」．令和7年3月
7）大西次郎．特別養護老人ホームを対象とした質問紙調査における依頼と回答の実態－アンケートはもたらす業務への支障－．厚生の指標．57(6)．2010年6月
8）衛生行政報告例
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&tstat=000001031469

G. 研究発表

1．論文

なし

2．学会発表

1）三浦宏子、村田幸枝、福田英輝、大島克郎、秋野憲一：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．第84回日本公衆衛生学会 2025年10月．
2）村田幸枝、三浦宏子、秋野憲一、大島克郎、福田英輝：全国調査による障害者施設での歯科検診実施状況とその関連要因．第84回日本公衆衛生学会 2025年10月
3）大島克郎、村田幸枝、福田英輝、石塚洋一、林田尚斗、三浦宏子：歯科検診受診者の特性 公的統計の個票データリンケージに基づく分析．第84回日本公衆衛生学会 2025年10月

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」の進捗評価と
推進方策に関するエビデンス構築

歯科保健サービスの提供状況に関するアンケート
〈介護老人福祉施設〉

《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、ご回答ください
- ◆ 回答は１から順にお進みください
- ◆ 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、複数）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、ご安心ください

《締め切りについて》
ご多用のところ恐縮ですが、令和７年９月 26 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
「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次)」の進捗評価と推進方策に関するエビデンス構築研究班　事務局
電子メール：shisetsu2025@ml.hoku-iryo-u.ac.jp

介護老人福祉施設　調査票

１．貴施設について

① 施設名称	
② 住　所	
③ ご記入者	氏　名：
	役職・職種：
	メールアドレス：
④ 類型について	1. 広域型　　2. 地域密着型
⑤ 併設している医療機関 （同一または隣接の敷地内） （複数回答）	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 訪問看護ステーション
⑥ 併設している歯科医療機関 （同一または隣接の敷地内） **（回答は1つ）**	1. 歯科診療所　　2. 病院歯科　　3. ない

２．貴施設の状況について（令和7年4月1日時点）

① 入所定員	人				
② 入所者数	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
	人	人	人	人	人

３．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

① 歯科医師・歯科衛生士の人数		常勤	非常勤*	
	歯科医師	人	人	*治療のための来訪を除く
	歯科衛生士	人	人	

② 入所者が歯科医師による歯科健診を受ける機会 **（回答は1つ）**

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
6. 機会がない

歯科健診の実施方法について（複数回答）

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

③ 令和３年度の介護報酬改定から運営基準に口腔衛生の管理が追加されましたが、入所者が歯科医師による歯科健診を受ける機会に変化がありましたか。**（回答は1つ）**

1. 実施するようになった
2. 機会が増えた
3. 変化なし



1. 年1回から年2回へ
2. 年2回から年3回へ
3. 不定期から定期的な実施なった（＿＿＿＿年に1回）
4. その他（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

④ 入所者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**（回答は1つ）**

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. 機会がない
6. その他（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

⑤ 歯科健診、歯科医師等による歯磨き・歯科保健指導以外のむし歯や歯周病の予防のための取り組み（複数回答）

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. 定期的に洗浄剤を用い入れ歯を洗浄している
5. 特に行っていない
6. その他（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

⑥ 入所者が、むし歯などの歯科治療が必要になったときの最も多い対応**（回答は1つ）**

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
3. 施設内（または併設）の歯科診療所を受診する
4. 家族または本人に受診を勧めるのみ
5. 特に対応したことがない
6. その他（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

⑦ 歯科治療を受ける際に支障となること（複数回答）

1. 対応できるスタッフがいない
2. 家族から同意が得られない
3. 入所者が非協力的である
4. 費用
5. 特になし
6. その他（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

⑧ 歯科治療を含めて、歯科医師による口腔内状況の評価が受けられる体制や機会について**（回答は1つ）**

1. 原則全員、年1回以上、歯科医師による評価が受けられる体制を整えている
2. 施設職員のアセスメントに基づき、歯科医師による評価が受けられる体制を整えている
3. 歯科受診については、本人または家族の判断に委ねている

⑨ 入所者の歯や口のことに関して、問題があると考えられる方の概ねの人数（該当する人がいない場合は「0」と記載）

むし歯がありそうな人、歯が痛そうな人がいる	約＿＿＿人
歯ぐきがはれている、出血している人がいる	約＿＿＿人
歯が抜けたまま、欠けたままの人がいる	約＿＿＿人
飲み込みにくそうな人がいる	約＿＿＿人
滑舌が悪くなった人がいる	約＿＿＿人

⑩ 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？ **（回答は1つ）**

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 ＿＿＿＿＿＿

不足していると思われる点（自由記載）

⑪ 訪問歯科診療の訪問頻度 **（回答は1つ）**

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 ＿＿＿＿＿＿

訪問歯科診療の利用者数
直近1か月（令和7年7月）

＿＿＿＿＿人

訪問歯科診療を利用しない理由（複数回答）

1. 依頼できる歯科医師・歯科衛生士がいない
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 ＿＿＿＿＿＿

⑫ 口腔衛生管理加算（Ⅰ）（Ⅱ）の活用について（回答は1つ）

1. 算定している

算定した人数
直近1か月（令和7年7月）

＿＿＿＿＿人

口腔衛生管理を実施する歯科衛生士の所属について **（回答は1つ）**

1. 貴施設
2. 協力歯科医療機関
3. 併設歯科医療機関
4. 併設介護施設
5. その他（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿）

2. 算定していない

その理由（複数回答）

1. 実施できる職種がいない
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＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿

⑬ 貴施設の協力歯科医療機関の役割について（複数回答）

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＿＿＿＿＿＿＿＿）

⑭ 難易度の高い口腔ケアの実施、歯科疾患や口腔内の課題の早期対応のために歯科衛生士を施設に配置することは望ましいと考えますか **（回答は1つ）**

1. 強くそう思う
2. そう思う（介護報酬による十分な評価などの条件次第）
3. あまりそうは思わない
4. 全く思わない

４．貴施設における入所者の口腔の健康状態の評価等の取組について

① **入所時**の口腔の健康状態の評価について（回答は1つ）

1. 実施している
2. 実施していない

実施者の職種について（複数回答）

1. 施設職員
2. 歯科医師
3. 歯科衛生士

実施状況について（**回答は1つ**）

1. 原則、入所者全員
2. 入所者の半数以上
3. 入所者の半数以下

② **入所後の定期的**な口腔の健康状態の評価について（回答は1つ）

1. 実施している
2. 実施していない

実施者の職種について（複数回答）

1. 施設職員
2. 歯科医師
3. 歯科衛生士

実施状況について（**回答は1つ**）

1. 原則、入所者全員
2. 入所者の半数以上
3. 入所者の半数以下

④ 口腔内状況の評価や管理への対応について（**回答は1つ**）

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

苦慮している点（自由記載）

５．貴施設での口腔ケアについて

① 口腔ケアを実施する対象者について（**回答は1つ**）

1. 原則、入所者全員
2. 職員が適切に歯磨きができないと判断した入所者
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
4. 本人・家族から要望があった利用者
5. 実施していない
6. その他

具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

口腔ケアの実施者（複数回答）

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

口腔ケアの内容（複数回答）

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

③ 入所者に口腔ケアを実施する際のマニュアルについて（回答は1つ）

1. ある
2. ない

④ 入所者に口腔ケアを実施する際に困っていること（複数回答）

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. 特にない
7. その他　具体的に ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑤ 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責任者の考えについて（**回答は1つ**）

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

⑥ 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について（**回答は1つ**）

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

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」の進捗評価と推進方策に関するエビデンス構築
令和７年度　分担研究報告書

オーラルフレイルにみられる健康格差の分析

研究分担者　相田潤　　東京科学大学　大学院医歯学総合研究科　歯科公衆衛生学分野　教授
研究協力者　松山祐輔　東京科学大学　大学院医歯学総合研究科　歯科公衆衛生学分野　准教授

研究要旨

【目的】オーラルフレイルは、口腔機能低下の前段階に位置づけられ、歯の喪失や咀嚼困難などの障害を含む。社会経済的状況はオーラルフレイルのリスクに影響を与える可能性がある。本研究は、日本の高齢者におけるオーラルフレイルおよびその構成要素に関する健康格差を検討した。【方法】本横断研究では、65 歳以上の成人を対象とした 2022 年の Japan Gerontological Evaluation Study（JAGES）の質問票データを用いた。従属変数はオーラルフレイルおよびその 5 つの構成要素とした。オーラルフレイルは、「歯の喪失」「口腔乾燥」「咀嚼困難」「嚥下困難」「発話困難」のうち 2 項目以上を有する場合と定義した。独立変数は社会経済的要因とし、学歴、所得、資産、年金種別を含めた。交絡因子として年齢および性別を調整した。欠損値への対応として多重代入法を適用した上で、Slope Index of Inequality（SII）と Relative Index of Inequality（RII）を推定した。【結果】解析対象は 21,924 人の高齢者であった。オーラルフレイルの有病率は 33.6%であった。すべての社会経済的要因において有意な健康格差が認められた。中でも資産が最も大きな関連を示し、調整後 SII は 0.17（95%信頼区間：0.14-0.20）、RII は 1.66（95%信頼区間：1.52-1.82）であった。【結論】オーラルフレイルには顕著な健康格差が存在し、資産が最も強く関連する要因であった。

A. 研究目的

オーラルフレイルは、高齢者の重要な公衆衛生上の課題として注目されている（1,2）。日本で行われた 2 つの大規模研究では、オーラルフレイルの地域在住高齢者における有病率はそれぞれ 36.7%および 39.3%と報告されている（2,3）。さらに、オーラルフレイルは認知機能低下や死亡などと関連し、生活の質の低下につながることが示されている（1,4）。

口腔の健康格差に関する研究は、主にう蝕や歯の喪失に焦点が当てられてきた（5,6）。一方で、オーラルフレイルにみられる健康格差は依然として十分に検討されていない。日本における最近の研究では、高齢者のオーラルフレイルに地域差が存在し、都市部よりも農村部で有病率が高いことが報告されている（7）。さらに、別の研究では、所得および教育によるオーラルフレイルの不平等が示された（8）。これらの知見は、オーラルフレイルが社会経済的要因の影響を受けることを示唆している。本研究は、日本の高齢者を対象として、オーラルフレイルおよびその各構成要素における健康格差を検討するとともに、これら各構成要素の格差がオーラルフレイル全体の不平等にどのように寄与しているのかを明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

本横断研究では、65 歳以上の自立した高齢者を対象にした調査である日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study, JAGES）の 2022 年調査データを用いた。2022 年 JAGES 調査は、72 自治体における 309,833 人の高齢者を対象に実施され、回答率は 66.6%であった。このうち口腔関連質

問を含む質問票に回答した70自治体に居住する高齢者21,924人を最終解析対象とした。

従属変数はオーラルフレイルおよびその構成要素とした。日本における先行研究では、オーラルフレイルは主にOF-5（Oral Frailty 5-Item Checklist）を用いて評価されてきた（2,3）。OF-5は「歯の喪失（残存歯数20本未満）」「咀嚼困難」「嚥下困難」「口腔乾燥」「構音口腔運動機能の低下」の5項目から構成される。しかし、OF-5の第5項目である「最近、はっきり発音しにくいことがありますか」という設問は、2022年JAGES調査には含まれていなかった。そのため本研究では、OF-5の「構音口腔運動機能の低下」については類似の質問項目として「発話困難（過去6か月間に話しにくさを感じましたか）」で代替した。5項目のうち2項目以上に該当する場合とオーラルフレイルと定義し、二値変数として扱った（Tanaka ら, 2024）。また、各構成要素についても二値指標を作成した。

独立変数は社会経済的要因とした。学歴（9年以下、10〜12年、13年以上）、等価世帯年収（100万円未満、100〜199万円、200〜299万円、300〜399万円、400万円以上）、資産（100万円未満、100〜499万円、500〜999万円、1,000〜4,990万円、5,000万円以上）、年金種別を含めた。交絡因子として年齢および性別を用いた。

統計解析として、まず、オーラルフレイルの有無別に参加者特性を記述統計で確認した。次に、社会経済的不平等を評価するため、Slope Index of Inequality（SII）およびRelative Index of Inequality（RII）を算出した。これらは高齢者の健康格差評価に広く用いられている指標である。SIIは最上位群と最下位群の有病率の差を示し、RIIは有病率の比を示す。年齢・性別を調整し、社会経済的要因をそれぞれ単独で投入したモデル（モデル1）および、すべての社会経済的要因を同時に投入し、同じ交絡因子で調整したモデル（モデル2）を推定した。欠損値は多重代入法で補完した。

倫理的配慮

本研究は東京科学大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：D2022-040）。

C. 研究結果

解析には21,924人の高齢者が含まれた。参加者の平均年齢は74.8歳（標準偏差 = 6.3）で、52.3%が女性だった。オーラルフレイルの有病率は33.6%だった。いずれの社会経済指標においてもオーラルフレイル有病率に社会的勾配が確認された（図1）。

表1にオーラルフレイルの有無で層別化した参加者の人口統計学的特性を示した。全体として、オーラルフレイルおよびその各構成要素の有病率は、教育年数、所得、資産が低い者、ならびに不利な年金種別の者において高かった。

表2に各社会経済的要因別にみたオーラルフレイルのSIIおよびRIIを示した。年齢と性別を調整したモデル1では、すべての社会経済的指標において統計学的に有意な健康格差が認められた。これらの関連は、すべての社会経済的指標を同時に投入したモデル2においても有意だった。中でも資産が最も大きな関連を示し、調整後SIIは0.17（95%信頼区間：0.14-0.20）、調整後RIIは1.66（95%信頼区間：1.52-1.82）であった。

図2に各社会経済的要因におけるオーラルフレイルおよびその各構成要素の推定有病率を示す。オーラルフレイルに明確な不平等勾配が認められた。構成要素別にみると、「歯の喪失」と「咀嚼困難」が最も顕著な社会経済的不平等を示した。一方で、「嚥下困難」「口腔乾燥」「発話困難」における健康格差は比較的小さかった。

D. 考察

本研究は社会経済状況とオーラルフレイルとの関連を包括的に検討した。年齢および性別を調整してもなお、オーラルフレイルおよびその構成要素において顕著な社会経済的不平等が認められた。特に資産との関連が大きく、高齢者の社会経済状況指標としての資産の重要性が伺えた。構成要素のうち、歯の

喪失および咀嚼困難の健康格差が特に大きかった。

本研究の知見は、口腔の健康格差を示したこれまでの研究に合致する。例えば、系統的レビューおよびメタアナリシスにより、社会経済状況が低いことが高齢者の口腔関連 Quality of Life の低下と有意に関連することが示されている（9)。さらに、日本の高齢者では教育水準や世帯支出の低さが口腔健康の悪化と関連することも示されている（10)。また、過去の研究では、残存歯数がオーラルフレイルの不平等に大きく寄与することが示唆されている（8)。

社会経済状況とオーラルフレイルとの関連は、複数のメカニズムによって説明されうる。社会経済状況が低い集団は、保険適用範囲の制限、歯科受診頻度の低さ、不十分な口腔衛生習慣など、予防的歯科医療へのアクセスにおいて多くの障壁に直面しやすい（11,12)。これらは受診の遅れや疾病予防の妨げにつながる。さらに、低い社会経済状況は不健康な生活習慣や不十分な栄養摂取と関連し、口腔疾患の進行を加速させる可能性がある（13)。また、慢性的ストレスや全身性炎症は、歯周組織の悪化を促進する可能性も指摘されている（14)。中でも高齢者の資産は生涯にわたって蓄積された資源を反映するため、健康格差の強力な決定要因となる（15,16)。このことが、本研究において資産がオーラルフレイルの健康格差に最も大きく寄与した理由として考えられる。

本研究は公衆衛生上重要な示唆を有する。適切に管理されない場合、オーラルフレイルは進行し、口腔機能低下さらには口腔機能障害へと至り、重篤な健康問題と関連しうる（2)。本研究により、社会経済的に不利な高齢者でオーラルフレイルが多くみられることが明らかになった。教育、所得、資産、年金給付が低い人々を対象に、口腔保健教育、スクリーニング、予防ケアへのアクセスの改善が必要であろう。

本研究の強みは、大規模データおよび複数の社会経済指標を用いた点である。研究の限界は、第一に、横断研究であるため社会経済的要因とオーラルフレイルとの因果関係を確定することはできない。今後、縦断研究による検証が必要である。第二に、自記式の調査に基づいている点である。第三に、OF-5 の第 5 項目「構音口腔運動機能の低下」を「発話困難」に置き換えた点である。この変更はオーラルフレイル評価の正確性に影響を及ぼした可能性がある。実際、本研究における有病率（33.6%）は先行研究（36.7%および 39.3%）よりやや低く、真の有病率を過小評価している可能性がある。

E. 結論

高齢者におけるオーラルフレイルおよびその構成要素には顕著な健康格差が存在し、資産が大きな関連を示した。また、オーラルフレイルの構成要素の中では、歯の喪失および咀嚼困難の格差が大きかった。

F. 引用文献

1. Dibello V, Zupo R, Sardone R, Lozupone M, Castellana F, Dibello A, et al. Oral frailty and its determinants in older age: a systematic review. Lancet Healthy Longev. 2021;2(8):e507-e520.
2. Tanaka T, Hirano H, Ikebe K, Ueda T, Iwasaki M, Minakuchi S, et al. Consensus statement on “Oral frailty” from the Japan Geriatrics Society, the Japanese Society of Gerodontology, and the Japanese Association on Sarcopenia and Frailty. Geriatr Gerontol Int. 2024.
3. Iwasaki M, Shirobe M, Motokawa K, Tanaka T, Ikebe K, Ueda T, et al. Prevalence of oral frailty and its association with dietary variety, social engagement, and physical frailty: Results from the Oral Frailty 5‐Item Checklist. Geriatr Gerontol Int. 2024;24(4):371-377.
4. Yang C, Gao Y, An R, Lan Y, Yang Y, Wan Q. Oral frailty: a concept analysis. J Adv Nurs. 2024.

5. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019;394(10194):249-260.
6. Watt RG. Oral health inequalities-Developments in research, policy and practice over the last 50 years. Community Dent Oral Epidemiol. 2023;51(4):595-599.
7. Yamamoto T, Mochida Y, Irie K, Altanbagana N, Fuchida S, Aida J, et al. Regional inequalities in oral frailty and social capital. JDR Clin Trans Res. 2024.
8. Fujita M, Takeuchi K, Tamada Y, Kusama T, Yamamoto T, Kondo K, et al. Socioeconomic inequalities in oral frailty among older adults: A causal mediation analysis on the role of prevention from tooth loss. J Oral Rehabil. 2025.
9. Baniasadi K, Armoon B, Higgs P, Bayat AH, Mohammadi Gharehghani MA, Hemmat M, et al. The association of oral health status and socio-economic determinants with oral health-related quality of life among the elderly: A systematic review and meta-analysis. Int J Dent Hyg. 2021;19(2):153-165
10. Murakami K, Ohkubo T, Nakamura M, Ninomiya T, Ojima T, Shirai K, et al. Socioeconomic inequalities in oral health among middle-aged and elderly Japanese: NIPPON DATA2010. J Epidemiol. 2018;28(Suppl 3):S59-S65.
11. Locker D, Maggirias J, Quiñonez C. Income, dental insurance coverage, and financial barriers to dental care among Canadian adults. J Public Health Dent. 2011;71(4):327-334.
12. Oberoi SS, Sharma G, Oberoi A. A cross-sectional survey to assess the effect of socioeconomic status on the oral hygiene habits. J Indian Soc Periodontol. 2016;20(5):531-542.
13. Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. Public Health Nutr. 2004;7(1A):201-226
14. Peruzzo DC, Benatti BB, Ambrosano GM, Nogueira-Filho GR, Sallum EA, Casati MZ, et al. A systematic review of stress and psychological factors as possible risk factors for periodontal disease. J Periodontol. 2007;78(8):1491-1504.
15. Acciai F. The age pattern of social inequalities in health at older ages: are common measures of socio-economic status interchangeable? Public Health. 2018;157:135-141.
16. Pollack CE, Chideya S, Cubbin C, Williams B, Dekker M, Braveman P. Should health studies measure wealth? A systematic review. Am J Prev Med. 2007;33(3):250-264.

G. 研究発表

1. 論文

1) Ho DSM, Matsuyama Y, Kiuchi S, Yamamoto T, Aida J. Socioeconomic Inequalities in Oral Frailty and Its Components. Oral Dis 2025. DOI: 10.1111/odi.70169

２．学会発表

1) Ho DSM, Matsuyama Y, Kiuchi S, Yamamoto T, Aida J. Socioeconomic inequalities in oral frailty and its components among older adults in Japan. 2025 IADR/PER General Session. Barcelona. 2025. June.

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

表 1. 研究参加者の特性 (n = 21,924)

	オーラルフレイル		
	なし (%) (n = 14,554)	あり (%) (n = 7,370)	全体 人数(%) (n = 21,924)
年齢			
65–69	75.3%	24.7%	5,088 (23.2%)
70–74	68.8%	31.2%	6,542 (29.8%)
75–79	63.8%	36.2%	5,032 (23.0%)
80–84	60.0%	40.0%	3,495 (15.9%)
≥85	51.9%	48.1%	1,767 (8.1%)
性別			
男性	65.6%	34.4%	10,459 (47.7%)
女性	67.1%	32.9%	11,465 (52.3%)
教育年数			
≥13	72.7%	27.3%	7,588 (34.6%)
10–12	66.6%	33.4%	9,667 (44.1%)
≤9	55.6%	44.4%	4,669 (21.3%)
等価世帯年収(百万円)			
≥4.0	75.3%	24.7%	2,582 (11.8%)
3–3.99	72.4%	27.6%	3,241 (14.8%)
2–2.99	69.0%	31.0%	5,132 (23.4%)
1–1.99	63.7%	36.3%	7,983 (36.4%)
<1.0	54.9%	45.1%	2,986 (13.6%)
資産(百万円)			
≥50	76.2%	23.8%	3,024 (13.8%)
10–49.9	70.5%	29.5%	9,124 (41.6%)
5–9.99	64.6%	35.4%	3,636 (16.6%)
1–4.99	59.2%	40.8%	3,764 (17.2%)
<1.0	52.2%	47.8%	2,376 (10.8%)
年金種類			
高年金層 [a]	72.1%	27.9%	4,279 (19.5%)
中水準年金層 [b]	66.6%	33.4%	12,642 (57.7%)
低年金層 [c]	61.4%	38.6%	4,758 (21.7%)
無年金層 [d]	53.5%	46.5%	245 (1.1%)

a：国民年金、厚生年金、共済年金のいずれかに加入しているかどうかにかかわらず、企業年金または個人年金に加入している

b：国民年金に加入しているかどうかにかかわらず、厚生年金または共済年金に加入している

c：国民年金に加入している

d：年金給付を受けていない（無年金）

表 2. オーラルフレイルにみられる健康格差 (n = 21,924)

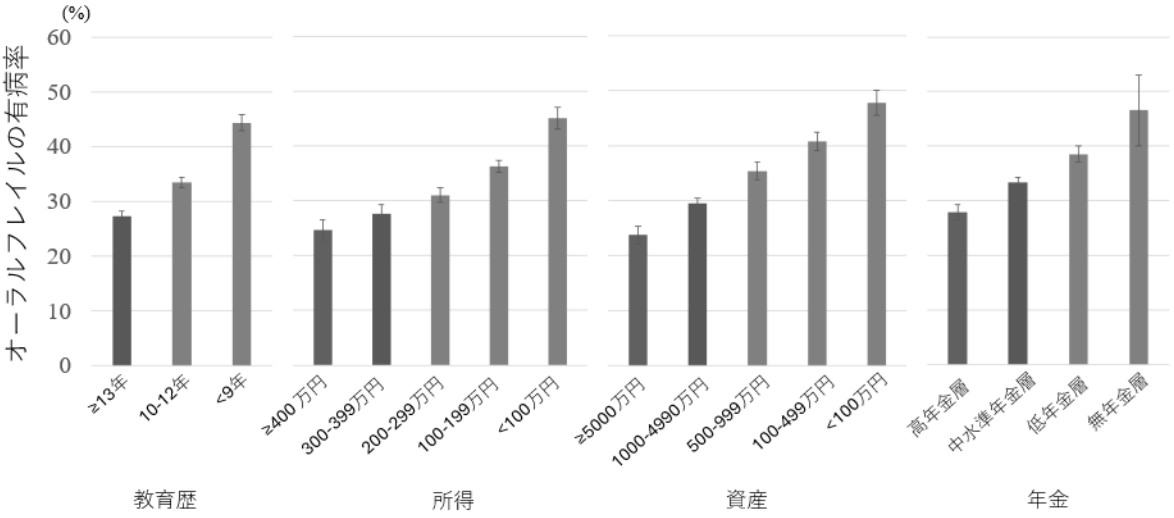
	モデル 1				モデル 2			
	SII		RII		SII		RII	
	95%信頼区間	P 値	95%信頼区間	P 値	95%信頼区間	P 値	95%信頼区間	P 値
教育年数	0.18 (0.16; 0.21)	<0.01	1.69 (1.57; 1.82)	<0.01	0.11 (0.08; 0.13)	<0.01	1.34 (1.25; 1.45)	<0.01
等価世帯年収	0.19 (0.16; 0.21)	<0.01	1.75 (1.62; 1.89)	<0.01	0.07 (0.04; 0.10)	<0.01	1.24 (1.13; 1.36)	<0.01
資産	0.25 (0.22; 0.27)	<0.01	2.04 (1.89; 2.20)	<0.01	0.17 (0.14; 0.20)	<0.01	1.66 (1.52; 1.82)	<0.01
年金種類	0.12 (0.09; 0.14)	<0.01	1.43 (1.32; 1.54)	<0.01	0.05 (0.03; 0.08)	<0.01	1.17 (1.08; 1.26)	<0.01

Slope Index of Inequality (SII); Relative Index of Inequality (RII)

a:年齢および性別で調整。各社会経済的要因はそれぞれ個別にモデルへ投入した。

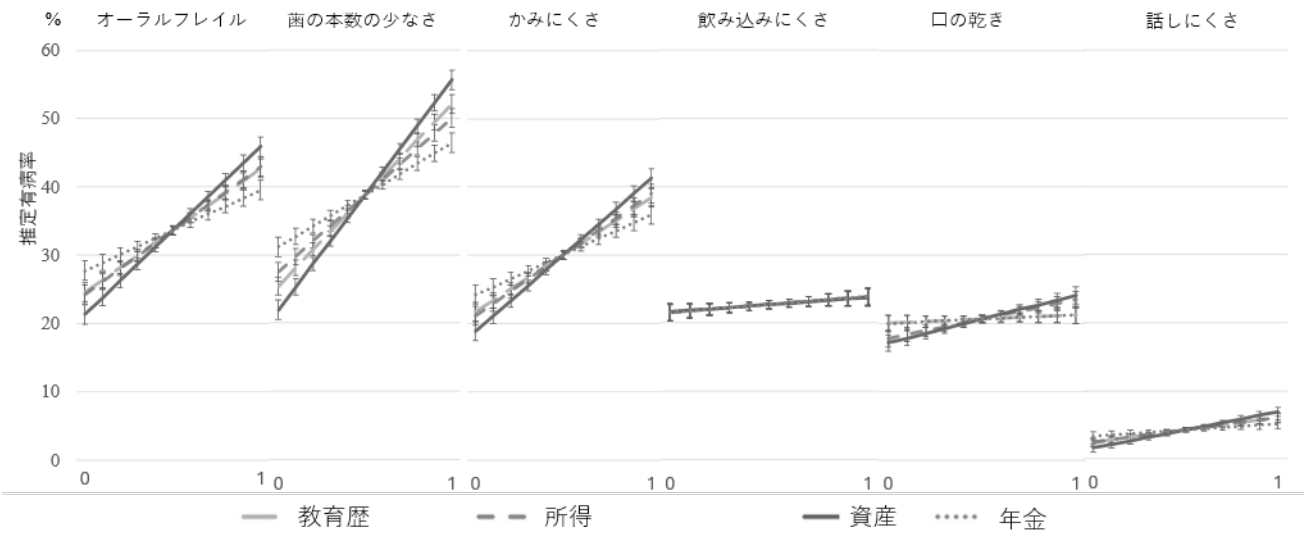
b:年齢、性別およびその他の社会経済的要因で調整した。

図 1. オーラルフレイルにみられる健康格差（n = 21,924）



高年金層：国民年金、厚生年金または共済年金の加入有無にかかわらず、企業年金または個人年金に加入している者
中水準年金層：国民年金の加入有無にかかわらず、厚生年金または共済年金に加入している者
低年金層：国民年金に加入している者
無年金層：年金給付を受けていない者

図 2. オーラルフレイルの構成要素にみられる健康格差. 横軸は人数比を考慮した社会経済地位を示す. (n = 21,924)



令和７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
Ho DSM, Matsuyama Y, Kiuchi S, Yamamoto T, Aida J.	Socioeconomic Inequalities in Oral Frailty and Its Components.	Oral Dis		doi: 10.1111/odi.70169	2025
Oshima K, Fukuda H, Murata Y, Ida Y, Ishizuka Y, Miura H.	Preferred conditions for promoting participation in on-site oral health surveys among Japanese adults: insights from a conjoint analysis.	BMC Public Health(in press)			2026

2026年　3　月　3　日

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７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　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

２．研究課題名　「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」の進捗評価と推進方策に関するエビデンス構築

３．研究者名　（所属部署・職名）　歯学部　特任教授

（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。

令和　8年　3月　31日

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　浅沼　一成

次の職員の令和７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　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

２．研究課題名　「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」の進捗評価と推進方策に関するエビデンス構築

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 有　無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		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）	□　■	□		□
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。

令和８年３月９日

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

所属研究機関長　職　名　学　長

氏　名　藤井　一維

次の職員の令和７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　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

２．研究課題名　「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」の進捗評価と推進方策に関するエビデンス構築（25FA1013）

３．研究者名　（所属部署・職名）生命歯学部 衛生学講座・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。

令和８年２月２６日

厚生労働大臣 殿

機関名　　国立大学法人東京科学大学

所属研究機関長 職　名　　理事長

氏　名　大竹　尚登

次の職員の令和７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　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

２．研究課題名　歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」の進捗評価と推進方策に関するエビデンス構築

３．研究者名　（所属部署・職名）　大学院医歯学総合研究科・教授

（氏名・フリガナ）　相田　潤・アイダ　ジュン

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）	■　□	■	東京医科歯科大学	□
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：　　）

令和　8年　3月　31日

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　浅沼　一成

次の職員の令和７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　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

２．研究課題名　「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」の進捗評価と推進方策に関するエビデンス構築

３．研究者名　（所属部署・職名）　生涯健康研究部・上席主任研究官

（氏名・フリガナ）　田野　ルミ・タノ　ルミ

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。

2026年　3　月　3　日

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７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　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

２．研究課題名　「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」の進捗評価と推進方策に関するエビデンス構築

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。