

生活困窮世帯の子どもの歯科口腔保健の実態と支援方法・効果に関するレビュー

研究分担者 木野 志保 (東京科学大学)
研究協力者 堀家 彩音 (東京科学大学)
研究協力者 藤本 来さき (東京科学大学)
研究協力者 八重樫 有里 (東京科学大学)

研究要旨

【背景】子どもの貧困は世界的な公衆衛生課題であり、日本においても生活困窮世帯の子どもは依然として高い割合を占める。社会経済的困難は、栄養、医療アクセス、教育機会など多領域に影響を及ぼし、口腔健康も例外ではない。しかし、生活困窮世帯の子どもを対象とした歯科口腔保健の実態や支援方法に関するエビデンスは十分に整理されていない。そこで、生活困窮世帯の子どもの歯科口腔保健の実態および支援方法・効果に関する国内外の文献を整理し、現状の課題と政策的含意を明らかにすることを目的とした。

【方法】PubMed を用いて、低所得・生活困窮世帯の子どもを対象とした歯科口腔保健の実態および支援方法に関する文献を検索し、出版年・言語の制限を設けずにレビューを行った。

【結果】生活困窮世帯の子どもでは、う蝕の高い有病率、未処置う蝕の残存、予防的歯科サービスの低利用、口腔関連 QOL の低さなど、多面的な口腔健康指標において一貫した不利が認められた。これらの不利は、個人の行動要因のみでは説明できず、所得、教育、家庭環境、地域資源、医療アクセスなどの社会経済的条件が複合的に作用していた。また、口腔健康の不利は乳幼児期から思春期にかけて連続的に形成され、ライフコースを通じて累積する可能性が示されていた。支援方法としては、学校を基盤とした口腔保健教育が一定の効果を示す一方、教育的介入のみでは口腔健康格差の是正には不十分であり、医療アクセス改善や予防サービス提供体制の強化など多層的介入の必要性が示唆されていた。

【結論】生活困窮世帯の子どもにおける口腔健康格差は、社会経済的条件と医療提供体制の構造的要因が相互に作用して形成される複合的課題である。口腔健康格差の是正には、ライフコースの視点に基づく早期介入と、医療資源の配分やアクセスの公平性を高める制度的改革を組み合わせた包括的支援体制が不可欠である。今後は、日本の制度的・地域的文脈を踏まえ、効果的な支援の組み合わせを実証的に検討する研究が求められる。

A. 研究目的

子どもの貧困は、世界的な社会課題であり、その影響は健康、教育、社会的発達など多岐にわたる。国連児童基金 (UNICEF) の報告によれば、世界では約 5 億 6600 万人の子ど

もが貧困に直面し、そのうち 3 億 3300 万人は極度の貧困下で暮らしているとされている [1]。これらの子どもたちは、栄養不足や医療アクセスの欠如など、基本的な生活ニーズが満たされない状況に置かれている。

日本の子どもの貧困率は主要先進国の中でも決して低くない。厚生労働省の国民生活基礎調査(2021年)によると、日本の子どもの貧困率は11.5%、相対的貧困率は15.4%であり、OECD平均(子どもの貧困率12.4%、相対的貧困率11.0%)と比べても高い水準にある[2,3]。特にひとり親世帯における子どもの貧困率は44.5%と、ほぼ半数が困窮状態にあることが明らかになっている[2]。このような高い貧困率は、教育機会や医療アクセスの不利、社会的孤立のリスク増大だけでなく、健康問題を引き起こす要因となる。小児期の健康は将来の生活の質に長期的に影響を及ぼすため、早期の予防的介入が重要とされる。このような背景から、子どもの貧困対策は先進国・途上国を問わず、喫緊の公衆衛生課題として位置づけられてきた。

また、子どもが抱える様々な健康問題の中で口腔疾患は大きな割合を占めている。令和5年度学校保健統計調査によると、幼稚園から高校生のすべての年代において、視力低下に次いでう蝕が多いことが報告されている。また小学生のう蝕の有病率は、全体としては減少傾向にあるものの、小学生の約3分の1(34.8%)を占めており、依然として子どもの口腔・歯科疾患は小児期の重要な健康課題であることがわかる[4]。さらに、う蝕の有病率は社会経済的背景と関連し、生活保護世帯では予防ケアや歯科受診の機会が限られる傾向がある[5,6]。加えて、学校歯科健診後の受診についても、特に、生活困窮世帯やひとり親家庭では、未受診や重度の口腔疾患が一定数報告されている[7]。

しかし、身体健康の中でも歯科口腔領域に関しては、国際的にも国内でもエビデンスが著しく乏しい。う蝕や歯周病は生活習慣や社会環境の影響を強く受け、同時に糖尿病などの非感染性疾患の規定要因であるにもかかわらず、単独では命に直結しにくいという特性から、医療・福祉の現場では優先度が低く扱われやすい。特に生活困窮世帯を支援する現場では、虐待対応、生活再建、教育支援など緊急性の高い課題が山積しており、口腔の健康問題にまで十分に目を向ける余力がないという構造的背景も存在する。

その一方で、口腔の健康は食事、発達、自己肯定感、社会参加など子どもの生活全体に

影響を及ぼす基盤であり、支援の遅れは子どもの生涯の健康の不利につながる。にもかかわらず、生活困窮世帯の子どもを対象とした歯科口腔の実態、さらにどのような支援方法がどの程度効果を持つのかについては、体系的に整理された知見が不足している。

そこで、生活困窮世帯の子どもの歯科口腔実態と支援方法・効果に関する国内外のエビデンスを整理し、現状の課題と政策的意義を明らかにすることを目的としたレビューを実施した。

B. 研究方法

低所得・生活困窮世帯の子どもを対象とした歯科口腔保健の実態および支援方法や効果について、文献レビューを実施した。文献検索にはPubMedを用いた。言語制限は設けず、2010-2026年に出版された関連論文を網羅的に検索した。検索語には、(children OR adolescents) AND (socioeconomic status OR low income OR poverty OR parental education) AND (dental caries OR untreated caries OR oral health related quality of life OR OHRQoL OR early childhood caries OR ECC) AND (dental attendance OR dental utilization OR access to dental care) AND (("2010"[Date - Publication] : "2026"[Date - Publication]))を用い、2,024件の論文がヒットした。

その中で、歯科口腔保健の実態に関しては、①子どもを対象としていること、②所得・親学歴・家庭環境などの社会経済的要因を扱っていること、③う蝕、未処置う蝕、口腔関連QOL、歯科受診・アクセスに関する等、口腔健康の内容を含むこと、④社会的脆弱性と口腔健康に関してのテーマであること、を基準に論文を選定した。また、支援方法に関しての文献検索については、上記の基準に加えて、生活困窮世帯の歯科口腔課題や支援の方向性について論じていること、を基準に論文を選定した。

C. 研究結果

C-1. 生活困窮世帯の子どもの歯科口腔保健の実態

生活困窮世帯を含む社会経済的に不利な背景をもつ子どもでは、歯科口腔保健の実態

に明確な格差がみられる。Maklennan ら (2024) の系統的レビュー・メタ分析では、71 か月未満の子どもを対象とした 100 報の研究が統合され、早期小児う蝕 (Early Childhood Caries : ECC) の世界全体の推定有病率は 49%と高く、国民総所得 (gross national income : GNI) が低い国ほど ECC の有病率が高い傾向を示している。とくに、GNI が最も低い国群では ECC 有病率が 57%であったのに対し、20,000~39,999 ドルの国群では 30%であり、地理的条件や社会経済的指標が幼児期のう蝕と関連することを報告している [8]。また Blomma ら (2024) は、2010 年および 2019 年における 6 歳児のう蝕有病率と、家族および居住地域レベルの社会経済的変数との関連性を分析したところ、家族レベルでは、出産時の母親の年齢、親の雇用状況、親および子供の移民背景、母親の教育レベル、住居形態、および経済的支援等の要因が、居住地域レベルでは、移住背景、教育水準、および世帯人数等の社会経済的リスク要因が多いほど、う蝕が増加することを報告した [9]。

こうした社会経済的な背景が子どもの口腔健康に与える影響は口腔疾患だけではない。Kumar ら (2014) は、口腔関連 QOL (OHRQoL) と親の社会経済的要因および家庭環境との関連についてレビューを行った。その結果、一般化には慎重を要するものの、高所得や親の教育水準が高い家庭の子どもは OHRQoL が高いこと、母親の年齢、家族構成、家庭内の混雑具合、兄弟の存在といった家庭環境も子どもの OHRQoL を左右する要因であることが示された [10]。

また、こうした格差は日本国内でも確認されている。Aida ら (2017) は、日本の全国代表性を有する縦断調査データを用いて、2.5 歳から 5.5 歳までの幼児 35,260 人を追跡し、保護者の教育歴を指標とした社会経済的地位が低い群ほど、う蝕治療を受けた割合が高いことを示した。絶対的不平等を示す slope index of inequality (SII) は、2.5 歳時点で 4.13%であったものが 5.5 歳時点では 15.50%へと拡大しており、幼児期から学童期にいたる過程の中で、子どもの歯科治療に関する格差が拡大することを示唆している

[11]。

さらに、歯科疾患の有無だけでなく、未処置のまま残存するう蝕にも社会経済的格差が存在する。Gupta ら (2018) は、米国の全国代表データを用いて、2011~2014 年における未処置う蝕の状況を検討し、子どもの 15.9%が未処置う蝕を有していたと報告している。とくに、貧困線未満の子どもでは未処置う蝕の割合が 21.7%であったのに対し、貧困線の 400%以上の群では 8.0%であり、低所得層で疾病負担が大きかった。また、過去 1 年以内の歯科受診は未処置う蝕の低さと関連し、逆に金銭的・非金銭的な受診障壁は未処置う蝕と有意に関連していた。これらの結果は、経済的困難のみならず、歯科受診のしにくさそのものが口腔健康格差を拡大させる可能性を示している [12]。

さらに、歯科医療へのアクセスについても低所得・生活困窮世帯の子どもにはいくつかの障壁があると考えられる。Senavirathna ら (2025) は、2000 年 1 月から 2024 年 9 月までに発表された文献を対象に、社会経済的要因と歯科医療サービスの利用との関連性を明らかにすることを目的としたシステムティックレビューおよびアナリシスを実施した。48 本の論文を分析した結果、社会経済的に不利な立場にある子どもは歯科医療サービスの利用率が低いことを明らかにした [13]。加えて、Oliveira ら (2026) は、10~19 歳の青少年における歯科医療へのアクセスに影響を与える障壁と促進要因を明らかにすべく 58 論文を検証した。その結果、障壁としては、歯科治療への不安、マイノリティとしての立場、親の教育水準の低さ、収入の制限、仲間からの支援の弱さ、地理的不利、保険の不安定さ、および医療提供者の不足が挙げられた。一方、促進要因としては、公的保険制度、学校内歯科診療所、文化に配慮した教育、養育者の模範的行動、地域社会の関与などが挙げられた [14]。

さらに、予防的歯科サービスの利用にも格差がみられる。Pontigo-Loyola ら (2025) は、メキシコの 12 歳および 15 歳の青年 1,538 人を対象とした横断研究において、小窩裂溝シーラントを有する者は全体の 1.3%にとどまり、予防的介入の利用率が極めて低いことを報告した。そのうえで、教育および職業に基

づく社会経済的地位が高いほどシーラント保有率が高く、また定期的に歯科受診をしている者の方がシーラント保有率が高かった。すなわち、予防的歯科サービスは必要度に応じて均等に提供されているとは言い難く、社会経済的に有利な層ほど利用しやすい実態を示している [15]。

以上より、生活困窮世帯の子どもの歯科口腔保健の実態としては、う蝕の有病率の高さ、未処置う蝕の残存、治療・予防サービス利用の不均衡が重層的に存在していると考えられる。とくに、社会経済的に不利な背景をもつ子どもでは、疾病負担が大きだけでなく、必要な歯科医療や予防介入に到達しにくいことが、口腔健康格差の持続・拡大につながっている可能性がある。

C-2. 生活困窮世帯の子どもの歯科口腔保健の支援方法・効果

子ども・青少年の口腔健康に関する支援方法とその効果については、複数の先行研究が報告されている。Almajed ら (2024) は、小児の口腔健康に関するレビューにおいて、学校を基盤とした口腔保健教育が、子どもの口腔保健に関する知識、態度、行動の改善に有用であることを示している [16]。特に、歯みがき習慣、食習慣、定期的な歯科受診の重要性を学校教育の中で継続的に学ぶことは、日常的な口腔衛生行動の定着に寄与するとされている。また、講義形式に加え、体験型学習を取り入れた支援では、口腔衛生状態の改善効果がより大きい可能性が示唆されており、保護者の関与を通じて家庭での実践につなげることの重要性も指摘されている。一方、Kaneko ら (2026) は、日本の出生コホート研究において、フッ化物応用、歯みがき習慣、哺乳びん使用、間食管理などの行動要因を検討したが、これらのみで口腔健康格差を十分に説明することは難しいことを示した [17]。さらに、Pontigo-Loyola ら (2025) は、予防的歯科サービスである小窩裂溝シーラントについて、定期的な歯科受診と利用との関連を示す一方、その利用率自体は低く、必要な対象に十分届いていないことを報告している [18]。

D. 考察

低所得・生活困窮世帯の子どもを対象とした歯科口腔保健の実態および支援方法や効果について、文献レビューを実施したところ、生活困窮世帯を含む社会経済的に不利な背景をもつ子ども・青少年では、う蝕の有病率、未処置う蝕、予防的歯科サービスの利用、さらには口腔関連 QOL に至るまで、多面的な口腔健康指標において一貫した不利が認められた。これらの不利は、単に個人のセルフケア不足に起因するものではなく、所得、教育、生活環境、医療アクセスといった社会経済的条件の違いを背景として形成されていることが示唆された [8-15]。特に低所得層や生活困窮世帯の子どもでは、疾病負担が大きだけでなく、必要な治療や予防的介入に到達しにくい状況が重なり、健康上の不利が累積しやすい構造も存在することが明らかになった [13-15]。

さらに重要なのは、こうした不利が乳幼児期から思春期に至るまで連続的に生じ、ライフコースを通じて累積していく可能性である。幼少期のう蝕や不十分な口腔保健行動は、その後の歯科受診行動や口腔健康状態に持続的な影響を及ぼすことが示唆されており、Aida らの研究が示すように、幼児期における歯科治療の不平等が時間とともに拡大する現象は、初期の不利が後の健康状態に持ち越される「累積的不利」の存在を裏付けている [11]。この視点に立てば、口腔健康格差はある時点で突然生じるものではなく、発達過程の中で段階的に形成・固定化されていく現象として理解する必要がある。本研究班で示されてきた生活保護世帯の子どもの口腔健康の不利とその不平等の拡大の結果もこれを支持していると言える。

一方で、格差の持続には保健医療提供体制の構造的特性も関与している可能性が高い。本レビューで示された予防的歯科サービスの利用率の低さや、社会経済的に有利な層への偏在は、医療資源の供給が健康ニーズに応じて最適に配分されていないことを示唆している [18]。すなわち、保健医療サービスが形式上は利用可能であっても、それが必要な集団に十分に届いていないという構造的問題が存在する。また、歯科医療へのアクセスは、個人、家庭、地域、社会制度といった複

数レベルの要因が複雑に関与することが知られており、口腔健康格差が単一の介入によって解消されるものではない。すなわち、家庭環境や保護者の社会経済的背景、地域資源の分布、医療制度の設計といった複数の要因が相互に作用する中で、健康格差が固定化されていると考えられる [16,17]。

支援の観点からみると、学校を基盤とした口腔保健教育は、知識・態度・行動の改善に一定の効果を有し、体験型学習や保護者の関与を組み合わせることでより高い効果が期待される [16]。しかし、予防的歯科サービスの利用率そのものが低い現状を踏まえると、教育的介入のみでは格差の根本的な解消には至らないと考えられる [18]。Kaneko らの研究が示すように、個人レベルの行動要因だけでは格差を十分に説明できないことから、教育に加えて医療アクセスの改善や予防サービス提供体制の見直しといった供給側の改革が不可欠である [17]。

加えて、社会経済的に不利な背景をもつ子どもにおいては、口腔保健における多面的な問題が存在する一方で、「必要な人に必要な支援が届いていない」という現状がある [16-18]。これは、社会経済的背景に左右されず、すべての子どもが恩恵を受けられる環境整備と支援方法の確立が不可欠であることを示している。また、格差の形成にはライフコース上の累積的過程と医療提供体制の構造的特性が相互に作用している可能性があり、これらを統合的に捉える視点が求められる。

以上より、子ども・青少年における口腔健康格差の是正には、学校教育、家庭支援、歯科受診支援を個別に実施するのではなく、それらを有機的に結び付けた包括的な支援体制の構築が必要である。さらに、ライフコースの視点に基づく早期介入と、医療資源の配分やアクセスの公平性を高めるヘルシステム再設計が不可欠である。今後は、日本の制度的・地域的文脈を踏まえつつ、どの時期に、どのような支援を、どのような体制で提供することが最も効果的であるのかを、時間的および制度的観点を統合した実証研究として蓄積していくことが求められる。そうすることで、口腔保健・歯科の健康の優先度が低く扱われやすい医療・福祉の現場においても、生活困窮世帯の子どもの口腔保健・歯科に目を向けるしくみを構築していくこと

ができるだろう。生活に困窮する世帯の子どもに対して、具体的に支援をしやすい環境を整える基盤を整えることで、生活保護世帯や生活困窮世帯の子ども、ひいては子ども全体の小児期からの健康維持支援にとって重要な足掛かりになると考えられる。

E. 結論

本レビューにより、生活困窮世帯を含む社会経済的に不利な背景をもつ子どもでは、う蝕の有病率、未処置う蝕、予防的歯科サービスの利用、口腔関連 QOL など、歯科口腔保健の多面的指標において一貫した不利が存在することが明らかとなった。

子どもの口腔健康格差の是正には、ライフコースの視点に基づく早期介入と、医療資源の配分やアクセスの公平性を高める制度的改革を組み合わせた多層的アプローチが求められる。本レビューで整理した知見は、今後の政策立案および実践的支援の方向性を検討する上で重要な基盤となるものであり、今後は日本の制度的・地域的文脈を踏まえた実証研究の蓄積が必要である。

【参考文献】

[1] ユニセフ (国連児童基金) 著, 公益財団法人日本ユニセフ協会 訳, 世界子供白書 2024 2050 年の子どもたち . https://www.google.com/url?q=https://www.unicef.or.jp/sowc/sowc.html?utm_source=%3Dcopilot.com&sa=D&source=docs&ust=1777085145972391&usg=AOvVaw2iCoVqJHPnJ3GEJ6DXWGs (2026 年 4 月 25 日アクセス) .

[2] 厚生労働省. 2022 (令和 4) 年国民生活基礎調査の概況 . <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/14.pdf> (2026 年 4 月 25 日アクセス) .

[3] Organization for Economic Cooperation and Development. CO2. 2Child poverty. OECD family database.

https://webfs.oecd.org/Els-com/Family_Database/CO_2_2_Child_Poverty.pdf (2026年4月25日アクセス) .

[4] 文部科学省. 学校保健統計調査—令和5年度(確定値)の結果の概要. https://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/kekka/k_detail/2023.htm (2026年4月25日アクセス) .

[5] Kino S, Ueno K, Nishioka D, Kondo N, Aida J. Prevalence of dental visits in older Japanese adults receiving public assistance. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2024;52:68-75.

[6] Nishioka D, Ueno K, Kino S, Aida J, Kondo N. Sociodemographic inequities in dental care utilisation among governmental welfare recipients in Japan: a retrospective cohort study. *Int J Equity Health.* 2021;20:141.

[7] 東京歯科保険医協会地域医療部. 2023年学校歯科治療調査報告書. https://www.google.com/url?q=https://www.tokyo-sk.com/wp/wp-content/uploads/2024/02/546e100252ee059bb43cb2cde4f4b420.pdf?utm_source%3Dcopilot.com&sa=D&source=docs&ust=1777085145972848&usg=AOvVaw2eBRpHmQHUI dGStlWdS8xE (2026年4月25日アクセス).

[8] Maklennan A, Borg-Bartolo R, Wierichs RJ, Esteves-Oliveira M, Campus G. A systematic review and meta-analysis on early-childhood-caries global data. *BMC Oral Health.* 2024;24:835.

[9] Blomma C, Davidson T, Gerdin EW, Bågesund M, Lyth J. Persistent oral health inequality in children-repeated cross-sectional studies in 2010 and 2019. *BMC Public Health.* 2024;24:3528.

[10] Kumar S, Kroon J, Laloo R. A systematic review of the impact of parental

socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:41.

[11] Aida J, Matsuyama Y, Tabuchi T, Komazaki Y, Tsuboya T, Kato T, et al. Trajectory of social inequalities in the treatment of dental caries among preschool children in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017;45:407–412.

[12] Gupta N, Vujicic M, Yarbrough C, Harrison B. Disparities in untreated caries among children and adults in the U.S., 2011–2014. *BMC Oral Health.* 2018;18:30.

[13] Senavirathna N, Kabir E, Abebe AM, Khanam R. Socioeconomic status and dental service utilization among children and adolescents: systematic reviews and meta analysis. *BMC Oral Health.* 2025;25:1370.

[14] Oliveira RCG, Shafik S, Khalid H, Stellrecht E, McKernan SC. Multilevel Determinants of Adolescent Dental Care Access: A Scoping Review Using a Health Disparities Framework. *Inquiry.* 2026;63:469580261427669.

[15] Pontigo-Loyola AP, Márquez-Corona ML, Mendoza-Rodríguez M, Lucas-Rincón SE, Villalobos-Rodelo JJ, Casanova-Rosado AJ, et al. Socioeconomic Inequalities in the Prevalence of Pit and Fissure Sealant Use Among Mexican Adolescents Aged 12 and 15: Implications for Public Policy. *Cureus.* 2025;17:e83980.

[16] Almajed OS, Aljouie AA, Alharbi MS, Alsulaimi LM. The Impact of Socioeconomic Factors on Pediatric Oral Health: A Review. *Cureus.* 2024;16:e53567.

[17] Kaneko F, Yamada E, Miyazaki J, Ikehara S, Kawasaki R, Iso H; Japan

Environment and Children's Study (JECS) Group. Associations of household income and parental education with early childhood caries: the Japan Environment and Children's Study. Environ Health Prev Med. 2026;31:23.

[18] Pontigo-Loyola AP, Márquez-Corona ML, Mendoza-Rodríguez M, Lucas-Rincón SE, Villalobos-Rodelo JJ, Casanova-Rosado AJ, et al. Socioeconomic Inequalities in the Prevalence of Pit and Fissure Sealant Use Among Mexican Adolescents Aged 12 and 15: Implications for Public Policy. Cureus. 2025;17:e83980.

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし