

2026年2月26日

# 教科書変更箇所一覧

2026年春教科書用

## 書名

衛生学) 解剖学・組織発生学・生理学  
衛生学) 口腔解剖学・口腔組織発生学・口腔生理学  
衛生学) 病理学・口腔病理学  
衛生学) 微生物学  
衛生学) 薬理学  
衛生学) 保健情報統計学  
衛生学) 歯科医療倫理学  
衛生学) 臨床検査  
衛生学) 口腔外科学・歯科麻酔学  
衛生学) 歯科矯正学  
衛生学) 小児歯科学  
衛生学) 化学  
衛生学) 生物学  
衛生学) 心理学

2026年2月26日時点で変更内容が確定している教科書ごとにシートを分け、ご案内いたします。  
改訂した教科書につきましては、目次や内容に変更がありますので、本誌にてご確認ください。

※本ファイルは教員向けのファイルとなりますので、お取り扱いにはご注意ください。

※本内容には制度改正に伴う記述内容の変更、厚労省などによる公表年度データの更新、表記統一等も含まれます。

※『歯科衛生学シリーズ』では「令和4年歯科疾患実態調査」の数値を参照しております。

(新刊『歯周病学 第2版』のみ「令和6年歯科疾患実態調査」の数値を参照)

医歯薬出版株式会社

解剖学・組織発生学・生理学

版刷(年月日)	第1版・第4刷(2025・1・20)	第1版・第5刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
26 表 I-1-1	(表中「白血球」)血液中から遊走してきた免疫機能に関わる血球。小型の丸いリンパ球。	血液中から遊走してきた免疫機能に関わる血球。小型の丸いリンパ球(Tリンパ球, Bリンパ球, p.116参照)。
68 図 II-2-4	(図説)A:単収縮, B:単収縮の加重,	A:単収縮, B:収縮の加重,
↓ 2	この現象を単収縮の加重といい,	この現象を収縮の加重といい,
116 ↑ 4	Tリンパ球とBリンパ球があり, 70%をTリンパ球で占める。Tリンパ球は病原体に感染した細胞を殺す働きを有し,	Tリンパ球(T細胞*)とBリンパ球(B細胞)があり, 70%をTリンパ球で占める。Tリンパ球は体内の免疫システムを担う重要な細胞群で, さまざまな種類が存在し, 細胞性免疫に関わる。
側注	(新規追加)	T細胞の機能的分類 T細胞は主に, キラーT細胞(標的細胞の破壊), ヘルパーT細胞(サイトカインを分泌し, 他の免疫細胞を活性化), 制御性T細胞(免疫系のバランスを保ち, 過剰な免疫反応を防ぐ)に分類されます。制御性T細胞の発見で, 坂口志文氏が2025年ノーベル生理学・医学賞を受賞しました。
182 ↓ 5	末梢神経ではSchwan(シュワン)細胞がつくる。	末梢神経ではSchwann(シュワン)細胞がつくる。
236 ↓ 9	糸球体はボウマン嚢とよばれる袋状の構造物の中にあり,	糸球体はBowman(ボウマン)嚢とよばれる袋状の構造物の中にあり,
↑ 6	近位尿管-ヘンレループ-遠位尿管とよばれ,	近位尿管-Henle(ヘンレ)ループ-遠位尿管とよばれ,
285 右段 ↓ 14	脾臓.....151	脾臓.....150

口腔解剖学・口腔組織発生学・口腔生理学

版刷(年月日)	第1版・第4刷(2025・1・20)	第1版・第5刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
xiv 右段↑5	5章 発声・発語	5章 発声と構音
4 ↑2	…っている。上顎第二大臼歯の歯冠に	…っている(咬合面に関しては、p.78参照)、上顎第二大臼歯の歯冠に
16 図 I-1-21	頭蓋の側面	(図差し替え)
21 図 I-1-27	(図中、右上)眼窩下孔	眼窩下溝
24 図 I-1-32	(図中)関節頭	下顎頭
42 ↑11	下顎骨の関節突起の内側、翼突下隙、	下顎骨の関節突起の内側、翼突下顎隙、
54 ↑10	①大錐体神経	①大錐体神経*
側注	(新規追加)	大錐体神経 生理学的研究では、軟口蓋の味蕾に大錐体神経が枝を送ることが示唆されています。
57 ↓5	また、軟口蓋、喉頭蓋の味覚も担当する。	また、咽頭、喉頭蓋の味覚を担当する。
69 ↑12	内層にある輪走筋群で、咽頭筋は嚥下の際、	外層にある輪走筋群で、咽頭筋は嚥下の際、
↑5	外層にある縦走筋群で、嚥下に際し、	内層にある縦走筋群で、嚥下に際し、
97 ↑8	頬側面中央隆線が頬側咬頭頂から	中央頬側面隆線が頬側咬頭頂から
100 図 I-2-48	上顎右側第一大臼歯咬合面	(図差し替え)
104 図 I-2-55	下顎右側第一大臼歯咬合面	(図差し替え)
125 ↓1	近心舌側三角隆線遠心副隆線が発達し、	近心舌側三角隆線と遠心副隆線が発達し、
127 ↑9	舌側転移が起こり、叢生といわれる歯列内で	舌側転位が起こり、叢生といわれる歯列内で
133 ↑5	①履歴正常咬合:年齢の違いでみられる咬合。	①年齢正常咬合:年齢の違いでみられる咬合。
136 側注	モース硬度 モース硬度は物質の硬さを0~10の10段階に分けたもので、	モース硬度 モース硬度は物質の硬さを1~10の10段階に分けたもので、
171 図 II-1-1	(図中)窩口	口窩
194 ↓10	活動電位を発生させて延髄へと興奮伝達を行う。延髄では主に三叉神経感覚複合核に伝えられ、	活動電位を発生させて橋や延髄へと興奮伝達を行う。橋や延髄にわたって存在する三叉神経感覚複合核に伝えられ、
↑1	化学侵害受容器が活性化して痛覚が生じる。	痛覚が生じる。
199 ↑11	人間は火を使うことで貧弱な咀嚼力でも食物を軟らかくできるようになったが、食材は依然としてさまざまな物性と形状を有している。	(削除)
↑6	…害受容器の働きによる痛覚は機能異常部位を知らせることで	…害受容器の働きによる痛覚は、傷ついた部位を知らせることで
201 ↓13	塩味は低濃度では嗜好に働くが、高濃度(たとえば海水)では忌避に働く。	塩味は低濃度では嗜好的であるが、高濃度(たとえば海水)では忌避を生じさせる。
219 ↓13	そうすると伸張反射の経路を介して、筋は収縮を起こす。このようにγ運動神経の興奮によってα運動神経の興奮を調節することをα-γ協調という。	このことをγループといい、伸張反射の経路を介して、筋緊張を維持する。さらに、α運動ニューロンの刺激で錐外筋線維を収縮させると錐外筋線維に対して並列に配置されている筋紡錘はたるみ、筋の伸展を感じることができないので、筋紡錘を収縮させるγ運動ニューロンをα運動ニューロンに同期させて働かせることにより、筋紡錘を常にピンと張った状態にしておく。これをα-γ関連とよび、筋紡錘の感度を落とさなければならないためである。
222 ↓2	この際、開口筋運動神経には興奮性に、	この際、運動神経には何側性に伝えられ、開口筋運動神経には興奮性に、
248 章タイトル	5章 発声・発語	5章 発声と構音
257 ↓4	鼻咽腔閉鎖不全があると、	鼻咽腔閉鎖機能不全があると、
↑1	重度の鼻咽腔閉鎖不全と同様の状態となり、	重度の鼻咽腔閉鎖機能不全と同様の状態となり、
295 左段↓4	鼻咽腔閉鎖不全……257	鼻咽腔閉鎖機能不全……257

病理学・口腔病理学

版刷(年月日)	第1版・第3刷(2025・1・20)	第1版・第4刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
44 ↓10	分布する細胞(マクロファージ, 肥満細胞, 血管内皮細胞,	分布する細胞(マクロファージ, 肥満細胞(マスト細胞), 血管内皮細胞,
↓11	マクロファージ, 肥満細胞を炎症細胞とよび,	マクロファージ, 肥満細胞(マスト細胞)を炎症細胞とよび,
45 表 I-6-1	(表中)肥満細胞	肥満細胞(マスト細胞)
54 ↑11	肥満細胞や好塩基球の細胞表面に結合する.	肥満細胞(マスト細胞)や好塩基球の細胞表面に結合する.
↑3	抗原としてつくられたIgG抗体が,	抗原としてつくられたIgG抗体もしくはIgM抗体が,
55 表 I-6-3	(表中)肥満細胞	肥満細胞(マスト細胞)
	(表中)	(II型のアレルギー発生機序の図修正)
62 表 I-7-1	(表中)肺癌	肺癌, 食道癌
	(表中)悪性黒色腫	悪性黒色腫・皮膚癌
66 図 I-7-8	(図説) a: 子宮頸部上皮内腫瘍(CIN: Cervical Intraepithelial Neoplasia).	a: 子宮頸部粘膜の前がん病変.

微生物学

版刷(年月日)	第2版・第2刷(2025・1・20)	第2版・第3刷(2026・1・20)	
頁 行	変更前	変更後	
42	↑4	…の薬剤もβ-ラクタム環を構造にもち(図I-5-2),	…の薬剤もβ-ラクタム環を構造にもち(β-ラクタム系薬, 図I-5-2),
43	↓17	腸球菌群にも多剤耐性が生じており, バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)(p.109, p.114参照)が代表である。	腸球菌群にも多剤耐性が生じており(バンコマイシン耐性腸球菌(VRE) p.114参照), 重篤な院内感染を引き起こしている。
	↑15	一般に, グラム陽性菌に対しての作用が強い, 一方, グラム陰性菌にはあまり効果的ではない。しかし,	一般に, グラム陰性菌よりもグラム陽性菌に対しての作用が強い。しかし,
44	↑11	化学療法薬が抗菌性を発揮すると規定の	化学療法薬が抗菌性を発揮する一定の
	↑1	薬剤の感受性は菌種または菌株で異なる場合がある。	薬剤の感受性は同一菌属であっても菌種または菌株で異なる場合がある。
45	↓1	感染を起こしている菌株を用いた薬剤感受性試験が行われる。	感染者から分離した菌株を用いた薬剤感受性試験が行われる。
46	↑7	②作用点の変異:	②薬剤の作用点の変異:
47	↓5	プラスミド*, トランスポゾン*, バクテリオファージの溶原などがある*。	プラスミド*の獲得, トランスポゾン*の獲得, バクテリオファージの溶原などがある*。
48	↓6	ヒトの細胞にも影響を及ぼす危険性が高い。	宿主の細胞にも影響を及ぼす危険性が高い。
49	↓8	レジパスピルとを組み合わせた新薬が承認され,	レジパスピルとの2剤を組み合わせた新薬が承認され,
	↑6	真菌細胞の細胞膜を傷害する。	真菌の細胞膜を傷害する。
	↑1	酵母系真菌には効果が高いが,	ただし酵母系真菌には効果が高いが,
51	側注	(新規追加)	*不活化 微生物の増殖する能力を人為的に奪うことをいいます。この結果, 微生物は少なくとも増殖することが不可能となります。
53	側注	(新規追加)	*酵素の不活性化 加熱するまたは化学薬品を添加するなどを行うことにより, 酵素活性を失わせることをいう。
	↑9	ただし, ヨウ素過敏症の患者や	ただし, ヨウ素アレルギーをもつ患者や
54	↓13	カタラーゼという酵素によって分解され, 発泡性の活性酸素を遊離し,	カタラーゼという酵素によって分解されて発泡性の活性酸素を遊離するため,
	↓15	うがいや尿道の粘膜,	うがいや尿道粘膜の消毒,
	↑16	ただし, この薬品に対する過敏な患者がいるので,	ただし, この薬品に対してアレルギーをもつ患者がいるので,
	側注	(新規追加)	*用時調製 薬剤使用の直前に, ふたつ以上の成分を混合してから薬剤を用いることをいいます。
56	↓6	クラジミア, マイコプラズマ)は除去できない。	クラジミア, マイコプラズマ)を除去することができないため, 滅菌の定義(p.61参照)から外れる。このため濾過法は, 厳密には滅菌に該当しない。
	↑1	…炎中に保持することによって滅菌する。	…炎中に保持することにより, 器具の先端部に付着している微生物を焼却して殺滅する。
57	↓3	ガスや電気で大気を加熱し,	ガスの燃焼や電気抵抗で発生した高熱によって大気を加熱し,
	↑8	高圧の蒸気で無菌状態を得る方法である。	高圧・高温の蒸気で無菌状態を得る方法である。
	↑1	最も頻繁に用いられる方法となっている。	最も頻繁に用いられる滅菌方法となっている。
59	↓1	現在は濾過膜の穴が正確にそろえられた	現在は穴の径が正確にそろえられた
	↑7	医療従事者が院内で感染し, 発症することをいう。	医療従事者が院内で感染し, 発症することをいう(p.12参照)。
74	↓13	…成に重要な役割を果たす(早期定着菌)。	…成に重要な役割を果たす(早期定着菌, p.76, 図II-2-2参照)。
76	図II-2-1	(図タイトル)プラークの形成過程	口腔バイオフィーム(プラーク)の形成メカニズム
76	図II-2-2	(図タイトル)プラーク中細菌の共凝集	プラーク中細菌の共凝集の模式図
104	↑10	インプラント周囲ポケットのプラーク付着の	インプラント周囲のプラーク付着の
121	↑10	バイオフィーム(p.78参照)を形成することで,	バイオフィーム(p.79参照)を形成することで,
131	↓4	アルコールや界面活性剤などの処理により変形すると, ウイルスの感染性は失われる。	アルコールなどの処理により不可逆的に変性すると, ウイルスは標的細胞のレセプターに吸着することができず, ウイルスの感染性は失われる。
	↓12	ウイルスは体内から完全に消失している。	ウイルスは宿主(感染者)の体内から完全に消失している。
	↑8	…オン血中には産生されず	…オンは血中には産生されず
	↑4	臨床症状は起きないまま時間が経過する	臨床症状は発生しないまま時間が経過する
132	表III-2-1	(注釈)**B型肝炎ウイルスのエンベロープは, 消毒用エタノールに非感受性のため, ウイルスを不活化するためにはより高水準の消毒薬を用いる必要がある。	**B型肝炎ウイルスのエンベロープは, 80%エタノールに2分間浸漬すれば不活化は可能であるが, ウイルス不活化のためには一般的に, より高水準の消毒薬を用いる必要がある。
133	↓5	1型(HSV-1)と2型(HSV-2)があり,	1型(HSV-1, HHV-1)と2型(HSV-2, HHV-2)があり,
134	COFFBE BREAK	(右段↑1)…化ワクチンも選択できるようになっています。	…化ワクチンも選択できるようになっています。 さらに, 2025年からは65歳になった高齢者への定期接種が始まりました。
	↓2	①HSV-1	①HSV-1, HHV-1
	↓5	移植患者などの易感染性宿主の場合は	臓器移植患者などの易感染性宿主の場合は
	↓8	②HSV-2	②HSV-2, HHV-2
	↑10	virus: VZV)によって起こる感染症で,	virus(パルセラゾスター): VZV, HHV-3)によって起こる感染症で,
	↓5	予防には, 不活化ワクチンや弱毒生ワクチンが有効である(p.134参照)。	予防には, 成分ワクチン(組換えサブユニットワクチン)や弱毒生ワクチンが有効である(p.175-177参照)。
	↓7	(Human cytomegalovirus: HCMV)は,	(Human cytomegalovirus: HCMV, HHV-4)は,
	↓10	その後潜伏感染しているが,	そのうち, ささまざまな細胞に潜伏するが,
	↑1	(Epstein-Barr virus: EBV)は,	(Epstein-Barr virus: EBV, HHV-5)は,

136	↑8	および7)は、いずれも乳幼児に初感染し、	および7, HHV-6BおよびHHV-7)は、いずれも乳幼児に初感染し、
	↑6	(Human herpesvirus 8)は、	(Human herpesvirus 8, HHV-8)は、
137	↓6	夏季に学童などで集団発生することがある(咽頭結膜熱(プール熱))、	夏季に学童などで集団発生することがある咽頭結膜熱(プール熱)の病原体である。
138	↓8	予防を目的としたHPVワクチン	予防を目的とした成分ワクチンであるHPVワクチン
140	↓3	(MRワクチン)(p.142参照)を接種する。	(MRワクチン)(p.142参照)を2回接種する。
	↑5	感染するとほぼ100%発症する。世界で毎年数十万人が感染している。	感染するとほぼ100%発症する。麻疹ウイルスは、免疫細胞に感染するため、免疫を抑制し二次感染を誘発させやすい。その結果、肺炎などの二次感染により、世界で毎年数十万人が感染している。
141	側注	(新規追加)	*カタル 粘膜に限局した渗出性炎症のことをいいます。その結果、粘膜では粘液や膿液の分泌が活発になります。
142	↓12	2~3週間の潜伏期間に気道粘膜から	2~3週間の潜伏期間にウイルスは気道粘膜から
143	↓2	A, B, Cの3属がヒトに病原性を示す。	A, B, Cの3属がヒトに感染性と病原性を示す。
144	↓1	2009年の新型(ブタ)インフルエンザも、	2009年の新型(ブタ)インフルエンザ(H1N1)も、
	↓3	…性感染である。	…性感染である。 インフルエンザ脳症は5歳以下で発症傾向と死亡率が高くなるが、ワクチン接種により感染や重症化のリスクを低減できる。 主にインフルエンザウイルスのHAを混合して
	↓14	インフルエンザウイルスのHAを混合して	
	↓16	しかし、ワクチン接種により、重症化が抑えられる。	しかし、ワクチン接種により重症化が抑えられる。 2024年からは、2歳以上19歳未満を対象とした経鼻ワクチン(フルミスト®)の接種が開始された。弱毒化されたウイルスを鼻粘膜にスプレーすることにより、ウイルスの侵入をブロックする
145	↑2	約3~5日の潜伏期間後に現れ、発熱、疲労、乾咳、	約3~5日の潜伏期間後に現れ、息切れ、発熱、疲労、乾咳、
147	↓3	ウイルスの増殖を防ぐ抗ウイルス薬やウイルスの細胞への吸着を防ぐ中和抗体薬などがある。	ウイルスの増殖を防ぐ抗ウイルス薬(ゾコーバ®やラゲブリオ®)やウイルスの細胞への吸着を防ぐ中和抗体薬(カシリビマブ/イムデビマム®やソトロビマブ®)などがある。
150	↑6	肝細胞を標的として組織傷害をもたらすウイルスを一括し、	肝細胞を標的として肝臓に組織傷害をもたらすウイルスを一括し、
	↑5	8種の肝炎ウイルスが知られる。本項では	8種の肝炎ウイルスが知られる。歯科診療では観血処置が多いことから、本項では
151	図Ⅲ-2-17	(図中左下)	デーン粒子
		(図中右下)	不完全粒子
	↑7	劇症肝炎を引き起こす。	劇症肝炎を発症する。
	↑6	低抵抗性のエンベロープを有しているため、その不活化には、	低抵抗性のエンベロープを有している。80%エタノールに2分間浸漬すれば不活化は可能であるが、一般的にその不活化には、
152	↓12	…動免疫を付与する(2016年からは0歳児に	…動免疫(p.175参照)を付与する(2016年からは0歳児に
	↑10	…疫が行われる。	…疫(p.175参照)が行われる。
163	↑9	粘膜付属リンパ組織は主にIgA(p.172参照)	粘膜付属リンパ組織(p.179参照)は主にIgA(p.172参照)
	↑7	パイエル板はその1つであり、	パイエル板(図IV-1-10参照)はその1つであり、
176	表IV-1-6	(表中「生ワクチン」↓2段目)麻疹、風疹、水痘、ムンプス(皮下注射)ロタウイルス(経口投与)	麻疹、風疹、水痘、ムンプス(皮下注射)ロタウイルス(経口投与)、インフルエンザ(経鼻投与)
177	↓7	近年mRNAワクチンも使用されている。	近年mRNAワクチンやその改変型レプリコンワクチンも使用されている。
	↓15	腋窩リンパ節腫脹などがある。	腋窩リンパ節腫脹など、弱毒経鼻インフルエンザワクチンによる風邪症状などがある。
178	↑9	…プリンが使われる。	…プリンが使われる(p.151-152参照)。
	↑3	粘膜面での防御は弱い。	粘膜面での防御は弱い(p.165参照)。
187	↓1	「抗毒素ウマ血清」が投与されることがある。	「抗毒素ウマ血清」が投与されることがある(p.178参照)。
	↑3	活性化されたマクロファージは食食するとともに	活性化されたマクロファージは食食とともに
188	図IV-2-4	(図中右)キラーT細胞	活性化されたキラーT細胞
		(図中)活性化マクロファージ	活性化されたマクロファージ

薬理学

版刷(年月日)	第2版・第1刷(2025・1・10)	第2版・第2刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
xi 右段 ↓11	② 服薬指導……51 1. 服薬指導……51 2. 服薬指導に関する一般的事項……52 3. 医薬品の添付文書……53 4. 対象者別の服薬指導……54 1) 妊婦・授乳婦への服薬指導……54 2) 小児への服薬指導……54 3) 高齢者への服薬指導……54 4) 有病者への服薬指導……54	② 服薬に関する説明……51 1. 服薬に関する説明……51 2. 服薬に関する説明の一般的事項……52 3. 医薬品の添付文書……53 4. 対象者別の服薬に関する説明……54 1) 妊婦・授乳婦への服薬に関する説明……54 2) 小児への服薬に関する説明……54 3) 高齢者への服薬に関する説明……54 4) 有病者への服薬に関する説明……54
xvi 左段 ↓6 左段 ↑15	4) プピバカイン塩酸塩水和物……170 5) ジブカイン塩酸塩……171	4) アルチカイン塩酸塩……170 5) プピバカイン塩酸塩水和物……170 6) ジブカイン塩酸塩……171
2 ↓3 ↓4	服薬指導を行う能力が求められており、 服薬指導の基本的な方法と考え方を	服薬に関する説明を行う能力が求められており、 服薬に関する説明の基本的な方法と考え方を
29 図 I-3-3	投与方法の違いによる薬物の血中濃度と投与後時間との関係	(図修正)
47 到達目標 キーワード	⑤ 対象者別の服薬指導について説明できる。 服薬指導	⑤ 対象者別の服薬について説明できる。 服薬に関する説明
50 ↑13 ↑12	『ドライン2015』を作成した。そのなかで、高齢者で重篤な副作用が出やすい、あるいは副作用の頻度が「特に慎重な投与を要するべき薬物」のリストを	『ドライン2025』を作成した。そのなかで、高齢者で重篤な有害事象が出やすい、あるいは有害事象の頻度が「特に慎重な投与を要する薬物」のリストを
51 ↑4	② 服薬指導 1. 服薬指導	② 服薬に関する説明 1. 服薬に関する説明
52 ↓10 ↑10 ↑4	わかりやすい服薬指導を行うことが重要である。 服薬指導は対面で行うことが義務づけられていたが、 2. 服薬指導に関する一般的事項 服薬指導を行う際に	わかりやすい服薬に関する説明を行うことが重要である。 薬剤師の行う服薬指導は対面で行うことが義務づけられていたが、 2. 服薬に関する説明の一般的事項 服薬に関する説明を行う際に
54 ↓1 ↓4 ↓6 ↓8 ↓11 ↑5 ↑3	4. 対象者別の服薬指導 1) 妊婦・授乳婦への服薬指導 女性患者に服薬指導を行う場合は、 2) 小児への服薬指導 15歳未満の小児への服薬指導においては、 保護者にも服薬指導を行う必要がある。 3) 高齢者への服薬指導 服薬指導を行う必要がある。また、服薬指導は、わかりやすい説明を繰り返すなど、 4) 有病者への服薬指導	4. 対象者別の服薬に関する説明 1) 妊婦・授乳婦への服薬に関する説明 女性患者に服薬に関する説明を行う場合は、 2) 小児への服薬に関する説明 15歳未満の小児への服薬に関する説明を行う場合は、 保護者にも説明を行う必要がある。 3) 高齢者への服薬に関する説明 服薬に関する説明を行う必要がある。また、わかりやすい説明を繰り返すなど、 4) 有病者への服薬に関する説明
55 15	服薬指導における一般的事項は、	服薬に関する説明における一般的事項は、
80 図 II-2-1	末梢神経系(遠心性神経)の神経伝達物質と受容体	(図修正)
81 図 II-2-2	(図中)アルセチコリン	アセチルコリン
156 ↑18 側注	血小板凝集抑制作用、尿酸排泄作用を示す。抗炎症薬、抗リウマチ薬、抗血栓薬、痛風治療薬*として使用される。 *痛風治療薬 痛風は尿酸の蓄積が原因となり、関節の炎症と痛みを引き起こす疾患です。	血小板凝集抑制作用を示す。抗炎症薬、抗リウマチ薬、抗血栓薬として使用される。 (削除)
163 ↑10	そのほか、⑥肥満細胞からのヒスタミン遊離による搔痒感の出現や、⑥縮瞳による暗黒感がある。	そのほか、⑥オピオイドμ受容体刺激による中枢性鎮痛の出現、⑥肥満細胞からのヒスタミン遊離による搔痒感や血管拡張に起因する潮紅、ならびに⑦縮瞳による暗黒感がある。
170 表 II-14-1 ↑3	(表中「アミド型、浸潤・伝達麻酔」に追加) 4) プピバカイン塩酸塩水和物(マーカイン®)	(局所麻酔薬・一般名) アルチカイン塩酸塩・アドレナリン酒石酸水素塩(歯科用) (商品名) セプトカイン®配合注カートリッジ (組成) 4%アルチカイン 0.001%アドレナリン酒石酸水素塩 4) アルチカイン塩酸塩(セプトカイン®) わが国では2024年に導入された新しい歯科用局所麻酔薬である。麻酔効力はリドカインと同程度とされる。アミド型局所麻酔薬であるが、約90%がエステラーゼで代謝されるため、代謝が速く安全域の広いのが特徴とされる。 5) プピバカイン塩酸塩水和物(マーカイン®)
171 ↓1	5) ジブカイン塩酸塩	6) ジブカイン塩酸塩
176 ↑11 ↑10	薬力学(pharmacokinetics:PK) 薬物動態学(pharmacodynamics:PD)	薬力学(pharmacodynamics:PD) 薬物動態学(pharmacokinetics:PK)
180 側注 ↓3	アルコール代謝におけるアルデヒド脱水酵素を阻害する薬物です。	アルコール代謝におけるアルデヒド脱水酵素を阻害する薬物です。
228 中段 ↓9	アルデヒド類……193	アルチカイン塩酸塩……170 アルデヒド類……193
231 右段「し」 ↓18	ジクロフェナクナトリウム……156, 163, 217	ジクロフェナクナトリウム……156, 164, 217
233 右段「つ」 ↑1	痛風治療薬……156	(削除)
235 左段「ひ」 ↓3 右段 ↓14	非オピオイド系鎮痛薬……163 服薬指導……46, 51	非オピオイド系鎮痛薬……164 服薬指導……46, 52
237 右段「ろ」 ↓6	ロキソプロフェンナトリウム水和物……155, 156, 163, 217	ロキソプロフェンナトリウム水和物……155, 156, 164, 217

保健情報統計学

版刷(年月日)	第1版・第3刷(2025・1・20)	第1版・第4刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
xiii 右段↓5	1. 個人情報とは……145	1. 個人情報とは……144
27 表2-4	(表説↓1) 浸潤性扁平上皮癌と診断された1,444名であり、	浸潤性扁平上皮癌と診断された1,144名であり、
101 ↓11	…=5.477<2.783=t(p=0.025, 自由度=29):t分布の倫理値	…=5.477>2.045=t(p=0.025, 自由度=29):t分布の倫理値
↑6	を行う場合はt=2.482(p=0.05, 自由度=29)	を行う場合はt=1.699(p=0.05, 自由度=29)
145 図7-1	(図タイトル)個人情報のガイドラインによる解説  (図中↓3) それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む)をいう。「個人に関する情報」は、氏名、性別、生年月日等個人を識別する情報に限られず。 (図中↑2) 本ガイドラインは、医療・介護関係事業者が保有する  (図中↑1) 診療録等の形態に整理されていない場合でも個人情報に該当する。  (左段↑2) 001235843.pdf 2024年12月10日確認)。	医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン(平成29年4月14日通知, 令和7年6月1日最終改正・施行)(下線は改正の変更点)  それにより特定の個人を識別することができるものを含む)又は個人識別符号が含まれるものをいう。「個人に関する情報」は、氏名、住所、性別、生年月日、顔画像等個人を識別する情報に限られず。 本ガイドラインは、医療・介護関係事業者が保有する  診療録等の形態に整理されていない場合でも個人情報に該当する。  001470633.pdf 2025年9月30日確認。なお、「診療録等」には【歯科衛生士法施行規則第18条】の歯科衛生士業務記録も含まれる)。
COFFEE BREAK	(右段↑2) 技術も進化し、顔で個人を識別することも始まりました。	技術も進化し、動画でも顔で個人を識別することも始まりました。
147 COFFEE BREAK ↓2	「マイナンバーとは、日本に住民票を有するすべての方(外国人の方も含まれます)が持つ12桁の番号です。(中略)マイナンバーは、社会保障、税、災害対策の3分野で、複数の機関に存在する個人の情報が同一人の情報であることを確認するために活用されます」と説明されており、	「マイナンバーは、住民票を有する全ての方が持つ1人にひとつの12桁の番号で、社会保障制度、税制、災害対策などの、法令又は条例で定められた行政手続で利用することが可能です。分野横断的な番号を導入することにより、機関をまたいだ情報のやり取りで、同じ人の個人情報の特定・確認が確実かつ迅速にできるようになり、国民の利便性の向上、行政の効率化及び公平・公正な社会を実現します」と説明されており、
↓7	医療機関でも利用される予定で、個人情報をまとめて	医療機関でも利用されて、個人情報をまとめて
↓9	人番号)制度」デジタル庁2024年12月10日確認)。	人番号・マイナンバーカード)制度」デジタル庁2025年9月30日確認)。
148 ↓11~ p.149 ↓3	たとえば、文部科学省は2009年3月30日に新学習指導要領に対応した「教育の情報化に関する手引き」を発表したが、この情報セキュリティは利用者も身につけるべき能力だという。	文部科学省は、学校で使う各社の小・中・高の教科書の内容を教科横断で、「教育の情報化に関する手引き」に準拠するように指導している。2009年には「情報モラルとは『情報社会で適正に活動するための基となる考え方や態度』のことであり、その範囲は『他者への影響を考え、人権、知的財産権など自他の権利を尊重し情報社会での行動に責任を持つこと』、『危機回避など情報を正しく安全に利用できること』、『コンピュータなどの情報機器の使用による健康とのかかわりを理解すること』など多岐にわたっている」としてきた。しかし、20年前のスマートフォンの出現とその普及、ここ数年のAI(人工知能)の急激な利用進展など、事件・事故や危険がさまざまな場面で起き続けている。 そこで、教科書の改訂のタイミングではなく随時学校での指導を行うように手引きの追補を出している(「教育の情報化に関する手引―追補版―(令和2年6月)」参照URL <a href="https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/zyouhou/detail/mext_00117.html">https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/zyouhou/detail/mext_00117.html</a> 2025年9月30日確認)。 そのなかで、「第2章 情報活用能力の育成 2. 情報モラル教育の進め方」として、さまざまな事件事故に対応するのではなく、できるだけ学校で教えやすい方針に変更した。つまり、「情報モラル=日常モラル+情報技術の特性」として、「情報モラルの大半が日常モラルであることを理解させ、それに情報技術の基本的な特性を理解させることで問題の本質を見抜いて主体的に解決できる力を身に付けさせること」が重要だとする。また、「その要因や結果を整理すると、大きく次の3つの視点に整理できる。①(インターネットやSNS、ゲーム等に)依存する。②相手とのやり取りで問題を起こす。③自分が被害者や加害者になる」という整理を行ってから児童・生徒へ教えるという。 もちろん、「情報セキュリティ」能力の育成や「公共的なネットワーク社会の構造」に参加すべきであることも教える内容として残されており、子どもたちへの教育が本当に難しいということがわかる。しかし、自分の受けてきた小・中・高の教育を思い返してほしい。どこまでこうした内容を教わってきたのだろうか。「何が危険で何をしてはいけない」とスマートフォンの使い方を教わってきたのだろうか。これまで事故や事件に巻き込まれていないからこれからも大丈夫だと思っていないだろうか。 スマートフォンを盗まれたり乗っ取られたりした場合は、その直後あなたは被害者である。しかし、被害者のあなたはスマートフォンを悪人に利用されるだけで加害者になり、犯罪者集団の一員の役割をすることになる。どうやって盗まれたり乗っ取られたりしないようにすべきかを一度考えてみてほしい。
149 COFFEE BREAK	(右段↑4) 2015年6月1日からは、自転車危険運転を3年以内に2回以上起こした場合、有料の講習が義務づけられることになりました。	2015年6月からの自転車危険運転講習義務でも状況は変わらなかったため、2026年4月から16歳以上の運転者には原付バイクと同様の罰則規定が適用されます(いわゆる青切符)。酒酔い運転・酒気帯び運転等重大な違反や事故を起こしたときは逮捕・検挙(赤切符)となるのは同じですが、自転車運転中にスマホを持って画像注視や通話していたり、信号無視で交差点に進入し他の車両に急ブレーキをかけた場合にも青切符で罰金の対象となります。
150 COFFEE BREAK	(左段↓3) 無料のソフトをダウンロードして、それが偽物セキュリティソフトで感染し乗っ取られたりする学生が出てしまう。ソフトは無料だとなぜ思うのだろうか？ また、「〜the Movie」ソフトを使って、 (右段↓2) ソフトのダウンロードの前に	無料のアプリをダウンロードして、それが偽物セキュリティアプリで感染し乗っ取られたりする学生が出てしまう。アプリは無料だとなぜ思うのだろうか？ また、「〜the Movie」アプリを使って、 アプリのダウンロードの前に
153 右段「こ」↓4	個人情報……145	個人情報……144

歯科医療倫理学

版刷(年月日)	第1版・第3刷(2025・1・20)	第1版・第4刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
28 ↑2 側注	(2)遺伝子治療 (新規追加)	(2)遺伝子治療* 遺伝子治療 遺伝子治療には、遺伝子組換え技術を用いて遺伝子を導入(補充・付加)するものと、ゲノム編集技術を用いて遺伝子を改変するものがあります。
29 ↓11 側注	患者から体外に取り出した細胞に治療用遺伝子を導入し、それを患者の体内に戻すものは、わが国では、法律上は、次に述べる再生医療に分類される。 (新規追加)	次に述べる「再生医療等安全性確保法」の改正により、体外遺伝子治療*だけでなく体内遺伝子治療*もこの法律に基づいて実施することが求められるようになった。 体外遺伝子治療 患者から体外に取り出した細胞に治療用遺伝子を導入したり遺伝子改変をしたりして、それを患者の体内に戻す治療です。 体内遺伝子治療 患者の体内に治療用遺伝子を導入したり患者の体内で遺伝子を改変したりする治療です。
30 ↑9	なお、2024年に同法が改正され、従来何ら規制なく医療機関において実施されてきた「人の体内で遺伝子の導入や改変を行う遺伝子治療」についても同法の規制の対象となった。	なお、2024年に同法が改正され、従来何ら規制なく医療機関において治療として実施されてきた体内遺伝子治療も同法の規制の対象となった。
83 ↓2	1983年, 1989年, 1996年, 2000年, 2004年, 2008年, 2013年(修正)	1983年, 1989年, 1996年, 2000年, 2004年, 2008年, 2013年, 2024年(修正)

臨床検査

版刷(年月日)	第1版・第3刷(2025・1・20)	第1版・第4刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
17 表2-3	(表下, 追加)	*家庭血圧の値は診察室血圧値と同程度の脳血管病発症リスクとなること が示された値であるが、5あるいは10の区切りで血圧値を分類している ことから、実際の点推定値とは数mmHg程度の差がある。
18 CLINICAL POINT	(表)①高血圧の有無と血圧管理状況について事前に確認する。 ②血圧が180/110mmHg以上であれば、緊急処置以外は内科医への紹介を優先する。 ③降圧薬を服用中の患者では、歯科治療当日も服用を忘れないように指導する。 ④歯科治療中、疼痛や不安を伴う処置や時間を要する手技などで血圧上昇が大きい。 ⑤アドレナリンを含む局所麻酔薬は、使用量が多くなれば血圧への影響は少ない。使用量を考慮しつつ、疼痛管理に必要な麻酔は確実に行う。 ⑥強い不安を訴える患者には、持不交差の処方薬を考慮する。	①高血圧の有無と血圧管理状況について事前に評価する。 ②血圧が180/110mmHg以上であれば、緊急処置以外は高血圧治療を優先する。 ③降圧薬を内服中の患者では、治療当日も服用するように指導し、治療前の血圧をコントロールしておく。 ④疼痛や不安を伴う処置、および時間を要する歯科処置などで血圧上昇が大きい。 ⑥高血圧者にも、血管収縮物質含有局所麻酔薬は安全に使用できる。アドレナリンを含む局所麻酔薬使用により、血漿アドレナリン濃度は上昇するが、使用量が多くなれば血圧への影響は少ない。その使用量を考慮しつつ、疼痛管理に必要な麻酔は確実に行う。
163 ↑6	放射線医薬品は、テクネチウム標識リン酸化合物	放射性医薬品は、テクネチウム標識リン酸化合物
164 ↓2	テクネチウムパーテクネート	テクネチウムパーテクネート
181 ↓8	③噛み終わったらパラフィンワックスは捨てる。	③噛み終わったら口腔内に溜まった唾液は飲み込むか、または吐き出し、パラフィンワックスは捨てる。
↓10	10回ほど回転させ(舌に軽く押しつける程度でよい)、端からストリップ上の線まで完全に濡れているかどうかを確認する。	10回ほど回転させる(舌に軽く押しつける程度でよい)。
↑8	試験管の中でガスが発生することがあるため、蓋はあまりきつく締めすぎないようにする。	(削除)
↑6	⑥ストリップを約48時間、37℃で培養する。	⑥ストリップを約48時間、37℃で培養する。 ※プラーク中の <i>S.mutans</i> を検査する場合の手技については歯科衛生学シリーズ「歯科予防処置論・歯科保健指導論 第2版」を参照。
182 ↓6	と培養ケース、パラフィンワックス	と培養ケース、パラフィンワックス、重層ミニタプレット
↓9~14	①被験者にパラフィンワックスを最低3分間咀嚼させ、混合唾液を採取する。寒天スライドの両面を覆うのに十分な量の唾液が必要であることから、唾液分泌量が少ない患者の場合は唾液採取の時間を延長する。 ②寒天スライドの両面を覆うように唾液をそそぐ。 ③寒天スライドは培養ケースに戻し、37℃の恒温槽で4日間培養する。恒温槽がない場合は、室温に7日間放置する方法もある。	①被験者にパラフィンワックスを約5分間咀嚼させ、混合唾液を採取する。 ②寒天スライドの両面を覆うように採取した唾液をそそぐ。 ③重層ミニタプレット1錠をピンセットで試験管に投入する。 ④試験管に寒天スライドを戻し、蓋をしっかりと閉める(寒天スライドを戻すとき、重層ミニタプレットをつぶさないようにする)。 ⑤37℃の恒温槽で48時間培養する。

口腔外科学・歯科麻酔学

版刷(年月日)	第2版・第2刷(2025・1・20)	第2版・第3刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
xvii 右段5章↑4	CLINICAL POINT 除細動の適応……297 ④-二次救命処置(ALS)……298 1. 酸素療法……298 2. 静脈路の確保と点滴法……298	CLINICAL POINT 除細動の適応……298 ④-二次救命処置(ALS)……299 1. 酸素療法……299 2. 静脈路の確保と点滴法……299
8 図 I-2-1	(図説)矢印部に逆性過剰歯を認める.	矢印部に逆生過剰歯を認める.
39 ↓4	限局性の著明な圧痛(Malgaigne(マルゲーズ)圧痛)	限局性の著明な圧痛(Malgaigne(マルゲーズ)圧痛)
186 図 II-4-24	(写真入れ替え)	(写真A→B, B→A)
187 図 II-4-27	(図中)待針器の隙間に糸を誘導	待針器の隙間に糸を誘導
234 ↑8	呼吸機能はHugh-Johnsの呼吸機能分類	呼吸機能はHugh-Jonesの呼吸機能分類
235 表 III-1-3	(図タイトル)Hugh Johnsの呼吸機能分類	Hugh-Jonesの呼吸機能分類
238 表 III-1-4	(注釈)重度意識障害:3桁でそれぞれ表現する.	高度意識障害:3桁でそれぞれ表現する.
294 ↑3	小児では胸壁の厚さの約1/3の深さで圧迫する.	小児および乳児では胸壁の厚さの約1/3の深さで圧迫する(図 III-5-10).
295 図 III-5-9	(図タイトル)胸骨圧迫	成人の胸骨圧迫
296 図 III-5-10	(図新規追加)	図 III-5-10 小児および乳児の胸骨圧迫 A:小児(1歳以上16歳未満)の胸骨圧迫,片手で胸骨圧迫を行う.体格が大きければ,成人同様に両手で行う. B:乳児(1歳未満)の胸骨圧迫.胸の真ん中かつ乳頭を結んだ線の少し足側を,2本の指で圧迫する. (以降図番号1つずつずれる)
↓3	⑥傷病者が小児で,救助者が2人以上いる場合,	⑥傷病者が小児以下で,救助者が2人以上いる場合,
↑5	②電極パッドを傷病者の右前胸部(鎖骨下)と左側胸部に装着する(図 III-5-12).	②小学生~大人は電極パッドを傷病者の右前胸部(鎖骨下)と左側胸部に装着する(図 III-5-13).未就学児は2つの電極パッドが重なり合わないよう貼付する(図 III-5-14).パッドには成人用(小学生~大人)と未就学児用の2種類がある.未就学児用パッドを成人に使用することがないように注意する.
297 図 III-5-14	(図新規追加)	図 III-5-14 未就学児のパッドの貼付位置の例 胸部と背部にパッドを貼れば,パッドが重なり合わず,心臓は2つのパッドの間に位置する. (以降図番号2つずつずれる)
315 図 IV-2-6	(図説 ↓2) B:20~30mgH <sub>2</sub> Oの適正圧	B:20~30cmH <sub>2</sub> Oの適正圧
328 中段 ↓5	医療用BLSアルゴリズム……299	医療用BLSアルゴリズム……300
330 中段 ↓2	酸素療法……298	酸素療法……299
331 左段 ↓1	静脈路……260, 298	静脈路……260, 299
左段 ↓5	除細動……297	除細動……297, 298
右段「ち」 ↑5	窒息の解除……297	窒息の解除……298
332 左段 ↑5	二次救命処置……298	二次救命処置……299
中段 ↑14	背部叩打法……297	背部叩打法……298
334 左段「A」 ↑3	ALS……298	ALS……299
中段「H」 ↑3	Hugh-Johnsの呼吸機能分類	Hugh-Jonesの呼吸機能分類

# 歯科矯正学

版刷(年月日)	第2版・第2刷(2025・1・20)	第2版・第3刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
36 ↓2~5	正常咬合が成立し、維持されるためには、口腔の環境が適切に維持されている必要がある。骨格や歯周組織、口腔機能に関わる筋組織や神経系の正常な発達と加齢変化、審美性など、咬合を取り巻く環境はさまざまであるが、これらのバランスが適切にとれていることが正常咬合を成立させ、さらには保持していく条件となる。	正常咬合が成立し、保持されるためには、骨格や歯周組織、口腔機能に関わる筋組織や神経系の正常な発達と、加齢変化などのバランスがとれていることが条件となる。
↑14	正常咬合を維持するために必要な条件でもある。	正常咬合を保持するために必要な条件でもある。
↑10	正常咬合の維持が困難となる。	正常咬合の保持が困難となる。
41 ↓3	前歯部が臨床的歯冠の1/2以上を覆い、	前歯部が正常被蓋を大きく超えて、
61 ↓2	可否の判断には、平行模型を用いた	可否の判断には、口腔模型を用いた
72 ↓7	3. 抜歯の部位と本数	3. 抜歯の部位
89 ↓3	主線を維持バンドに直接ろう着する場合もある。	(削除)
側注	(新規追加)	*口腔外における補助弾力の調整が必要となる頻度が低く、維持装置を用いない場合には、直接ろう着を行うこともあります。
92 ↑10	レジンボタンで口蓋粘膜の維持を得る装置である。	レジンボタンで口蓋粘膜に固定を求める装置である。

小児歯科学

版刷(年月日)	第1版・第3刷(2025・1・20)	第1版・第4刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
xv 右段 ↓11	1. 乳児期～幼児期前期……191 2. 幼児期後期～学童期……191	1. 乳児期～幼児期……191 2. 学童期……191
3 ↓5 ↓6	2023年の出生数は76万人、 平均出生児数(合計特殊出生率)は1.20と、	2024年の出生数は69万人、 平均出生児数(合計特殊出生率)は1.15と、
21 表 I-3-3 ↓6	(出典)高血圧治療ガイドライン2019より 脈拍数とは1分間に心臓が拍動する数で、	高血圧管理・治療ガイドライン2025より 脈拍数とは1分間の動脈の拍動回数で、
26 図 I-4-5	(図タイトル)顔面の発育変化と歯列・咬合との関係	顔面頭蓋の発育変化と歯列・咬合との関係
36 ↓3	胎生6から8週の間には口腔粘膜上皮の陥入、	胎生6週から8週の間には口腔粘膜上皮の陥入、
56 ↓1	この特徴的なう蝕を示す小児は、哺乳ビンで	この特徴的なう蝕を示す小児は、就寝時に哺乳ビンで
105 ↑6	母親を中心とする保護者に責任のある疾患	保護者(主に母親)に責任のある疾患
113 ↑8	①ラバーダムフレームにラバーダムシートを張る。 ②ラバーダムシートの真ん中に… ③ラバーダムクランプを試適する。 ④ラバーダムシートにラバーダムクランプを装着する。 ⑤ラバーダムクランプフォーセップスで… ⑥ラバーダムクランプのウイングから…	①ラバーダムクランプを試適する。 ②ラバーダムシートの真ん中に… ③ラバーダムシートにラバーダムクランプを装着する。 ④ラバーダムクランプフォーセップスで… ⑤ラバーダムフレームにラバーダムシートを張る。 ⑥ラバーダムクランプのウイングから…
118 ↓2	以前は主要な乳臼歯修復法であったが、	以前は乳臼歯の主要な修復法であったが、
119 ↓7	・切削器具:エアタービン(ダイヤモンドポイント)、	・切削器具:エアタービン(ダイヤモンドポイント・ホワイトポイント)、
120 表 II-3-4	(表中「使用器材 ↑1段目)咬合紙・咬合紙ホルダー	咬合紙・咬合紙ホルダー、ホワイトポイント
121 ↓10	ピース(シリコーンポイント)、スプーンエキスカベーター	ピース(ラウンドバー)、スプーンエキスカベーター
122 表 II-3-5	(表中「診療補助・介助および留意点」 ↑2段目)・咬合面を下にして術者に手渡す。	・既製金属冠を術者に手渡す。
144 図 II-3-39	(図タイトル)固定(乳歯の陥入)に使用する器材	固定に使用する器材
162 ↑12 側注	1. 定型発達児との対応の違い (新規追加)	1. 定型発達児*との対応の違い 定型発達児 発達障害児に対する「ふつうの子ども」を意味する言葉です。 その後在宅となります。
167 COFFEE BREAK	(左段 ↑16)その後在宅に帰っていきます。	その後在宅となります。
177 ↑1	デスポーザブルシリンジで2mL以下のゲルを計量し、	デスポーザブルシリンジで2mLより少なめのゲルを計量し、
191 ↓9 ↑2	1. 乳児期～幼児期前期 乳児期から幼児期前期にかけては、 2. 幼児期後期～学童期 幼児期後期から学童期にかけては、	1. 乳児期～幼児期 乳児期から幼児期にかけては、 2. 学童期 学童期においては、
192 ↑13	環境は変化しているだけでなく、	環境は大きく変化しているだけでなく、
193 ↓2～7	無歯期(生後7カ月くらいまで)に歯磨きを必要ないが、哺乳により口腔粘膜や舌表面に汚れが付着するため、綿棒やガーゼなどで拭いとる。この時期から口腔内に触れられることに慣れさせることや、大人が小児の前で楽しそうに歯磨きをするのを見せることで、小児に歯磨きの習慣をつけて、本格的な口腔清掃へ移行することができるため、歯磨きは楽しく気持ちのよいものであるという感覚を身につけさせる必要がある。	歯が生える前に歯ブラシで歯磨きをする必要はない。しかし授乳により口腔粘膜や舌表面に汚れが付着するため、綿棒やガーゼなどで拭いとる必要がある。この簡易な口腔清掃は口腔内に触れられることに慣れさせるだけでなく、歯磨きは気持ちのよいものであるという感覚を身につけさせることになる。これに加えて、子どもの目の前で大人が楽しそうに歯磨きをするのを見せることは、子どもに歯磨きの習慣を身につけさせるうえで大切である。
194 ↑18	規則正しい生活を送りやすい時期でもある。特に保育所では、	規則正しい生活を送りやすい時期でもある。在園時間の長い保育所では
195 ↓4	思春期は第二性徴に始まる大きな身体的変化が生じ、	思春期は第二性徴による大きな身体的変化が生じ、

化学

版刷(年月日)	第1版・第3刷(2025・1・20)	第1版・第4刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
100 図6-4	(図中)カルボキシル基	カルボキシ基
142 図7-13	(図中)	H追加
144 ↑13	$\alpha$ 炭素という)にアミノ基( $-\text{NH}_2$ )とカルボキシ基	$\alpha$ 炭素という)にアミノ基( $-\text{NH}_2$ )とカルボキシ基
147 図7-17	(図中, 第3グループ)水中において負に帯電する塩基性アミノ酸(2種類)	水中において負に帯電する酸性アミノ酸(2種類)
	(図中, 第4グループ)水中において正に帯電する酸性アミノ酸(3種類)	水中において正に帯電する塩基性アミノ酸(3種類)
163 コラムの図	$\text{NAD}^+$ (酸化型), $\text{NADP}^+$ (酸化型), イノシン酸(IMP), 5'-グアニル酸	(図中)H追加

# 生物学

版刷(年月日)	第1版・第3刷(2025・1・20)	第1版・第4刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
27 ↓17	糖質(グルコース)を分解して生産する	糖質(ビルビン酸)を分解して生産する
45 ↑4	古くなった赤血球は肝臓で壊され、	古くなった赤血球は肝臓や脾臓で壊され、
111 右段↓2	肺胞 46	肺胞 47

心理学

版刷(年月日)	第1版・第3刷(2025・1・20)	第1版・第4刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
23 側注	タルヴィング Tulving, E. 1927-	タルヴィング Tulving, E. 1927-2023
62 側注	(「WAISとWISC」↓7)検査は、6種類の言語性検査と5種類の動作性検査によって構成されている。	(削除)
75 ↓12	この検査は、6種類の言語性検査と5種類の動作性検査によって構成され(表6-3)、10歳から60歳までを適用範囲とする個別検査であった。この検査の特徴は、個人内の差異を明らかにするためにテスト・バッテリー形式をとったことである。つまり、知能を多面的・総合的にみるために、複数のテスト(下位検査)を組み合わせて使用することであった。その後の改訂を経て、現在では以下の3つの検査がある。 ①成人用(16歳以上):WAIS(Wechsler Adult Intelligence Scale) ②児童用(5歳~15歳):WISC(Wechsler Intelligence Scale for Children) ③幼児用(4歳~6歳半):Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence なお旧版では、ウェクスラーの知能検査は、	この検査は、年齢によって3つの検査がある。 ①成人用(16歳~90歳11ヵ月):WAIS-IV(Wechsler Adult Intelligence Scale) ②児童用(5歳~16歳11ヵ月):WISC-V(Wechsler Intelligence Scale for Children) ③幼児用(2歳8ヵ月~7歳3ヵ月):WPPSI-III(Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) 成人用のWAIS-IVには10の基本検査と5の補助検査がある。それらは、4つの群指標(言語理解・知覚推理・ワーキングメモリー・処理速度)によってまとめられている。表6-3に示した問題構成になっている。わが国では、ウェクスラーの知能検査は、
表6-3	WAISの問題構成 (Wechsler/日本版WAIS-III刊行委員会(訳編)2006)	WAIS-IVの問題構成 (Wechsler/日本版WAIS-IV刊行委員会, 日本文化科学社(訳編)2018) (表差し替え)
76 側注	(「知能障害の診断」)知能障害の診断には、田中ビネー検査やWISC-IIIなどの知能検査が用いられている。	知能障害の診断には、田中ビネー検査やWISC-Vなどの知能検査が用いられている。
79 ↓2	各種認知症(痴呆)検査を組み合わせて診断する。	各種認知症検査を組み合わせて診断する。
↓6	②認知症(痴呆)検査	②認知症検査
116 ↑7	参照)のうち特に不安障害や強迫性障害	参照)のうち特に不安症や強迫症
117 ↓6	遠課題として生殖性をあげている。	遠課題として生殖性(世代継承性)をあげている。
120 ↓14	このほかにも、心身症、不安障害、うつ病、	このほかにも、心身症、不安症、うつ病、
↑4	2025年には30%近づくことが予想されており、	2040年には35%近づくことが予想されており、
155 ↓1	1)気分障害 気分障害はかつて躁うつ病とよばれており、躁とうつの気分の変動を主な症状とする精神疾患である。躁病のエピソード(病相)とうつ病のエピソードを繰り返す双極性気分障害と、うつ病だけを繰り返す単極性気分障害に分けられる。	1)双極性障害・抑うつ障害群 双極性障害はかつて躁うつ病とよばれており、躁とうつの気分の変動を主な症状とする精神疾患である。双極性障害では躁状態とうつ状態のエピソード(病相)を繰り返し、抑うつ障害群ではうつ状態を繰り返す。
156 ↓10~14	2)不安障害 不安障害は、従来、神経症とされてきた病気を病型によって~これらの症状の特徴を以下に示す。	2)不安症 不安症とは、持続的かつ過剰な恐怖および不安を指す、
↑16	③恐怖症性障害	③限局性恐怖症
↑13	④強迫性障害	3)強迫症
↑9	⑤外傷後ストレス障害(PTSD)	4)心的外傷およびストレス因関連群 ①心的外傷後ストレス障害(PTSD) (p.167から移動)
↑4	3)摂食障害 摂食障害は食行動の異常を特徴とする障害で、神経性無食欲症と神経性大食症に分けられ、思春期から青年期の女性に多く発症する。神経性無食欲症は、瘦身願望が強く、	②適応障害 適応障害は、~ 職業上(学業上)の不応などである。 5)摂食障害 摂食障害は食行動の異常を特徴とする障害で、神経性やせ症と神経性過食症に分けられ、思春期から青年期の女性に多く発症する。 神経性やせ症は、瘦身願望が強く 神経性過食症は過食を繰り返す症状であり、
157 ↑11	神経性大食症は過食を繰り返す症状であり、	神経性過食症は過食を繰り返す症状であり、

生化学・口腔生化学

版刷(年月日)	第1版・第1刷(2025・1・20)	第1版・第2刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
x 右段↑8	1) エナメル質タンパク質・・・65	1) エナメルタンパク質・・・65
xi 右段↓19	2) Stephanカーブと歯表面の脱灰・再石灰化	2) Stephanカーブと歯表面の脱灰・再石灰化
7 ↓4	細胞小器官はリン脂質二重層で構成される生体膜で覆われ、さまざまな形態をとっており、	細胞小器官にはリン脂質二重層で構成される膜構造を持つものも持たないものがある。さまざまな形態をとっており、
27 ↓2	水(H <sub>2</sub> O)と反応して炭酸(HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> )となり、生じた水素イオンによってヘモグロビンから酸素が放出される。	水(H <sub>2</sub> O)と反応して重炭酸イオン(HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> )となり、水素イオンの放出とともにヘモグロビンから酸素が放出される。
↑7	酵素と結合し、触媒作用を受ける物質を	酵素と結合し、触媒作用を受ける物質を
側注	(新規追加)	*至適 「至適」とは「最適」と同じ意味ですが、生化学を含む医療に関する分野では「至適」がよく使われています。
35 表 I-3-1	(表中↓3段目)+2(1×⑤)	+2(2×⑤)
37 図 I-3-6	(図中追加)	CoASH
38 表 I-3-2	(表中↓1)-2(②)   +1×FADH <sub>2</sub> ... +1×NADH+H <sup>+</sup> ...	-2(1×②)   +7×FADH <sub>2</sub> ... +7×NADH+H <sup>+</sup> ...
	(表中↓2)+8(⑥)	+8(8×⑤)
40 図 I-3-8	(図中)	(「各種2-オキソ酸」、「2-オキソグルタル酸」の上のH削除)
51 側注	(新規追加)	*口腔ブドウ糖(グルコース)負荷試験 臨床検査では、75gのグルコース水溶液を摂取し、2時間後の血糖値を測定し判定します(本シリーズ『臨床検査』p.116参照)。なお、実際に食品を摂取した後の血糖値上昇の程度を示すために、グリセミック・インデックスという指標もあります(同『栄養学』p.132参照)。
65 ↓8	エナメル質タンパク質と総称されるアメロゲン、	エナメルタンパク質と総称されるアメロゲン、
↓13	1) エナメル質タンパク質*	1) エナメルタンパク質*
↓14	エナメル質に特異的なエナメル質タンパク質、	エナメル質に特異的なエナメルタンパク質、
↑6	主要なエナメル質タンパク質であり、	主要なエナメルタンパク質であり、
69 表 II-2-1	(表中)十二指腸 (表中「カルシトニン」の●の位置)	小腸(十二指腸) (十二指腸→骨)
↑4	取り込み口としての十二指腸、	取り込み口としての小腸(十二指腸)、
77 図 II-2-9	(図中)ビタミンD/PTH (図中)LPS	ビタミンD PTH, LPS(矢印の長さ短く修正)
78 側注	*質量作用の法則	*化学平衡の法則
↓4	このとき、質量作用の法則*によって	このとき、化学平衡の法則*によって
↓7	および第二リン酸イオン濃度([HPO <sub>4</sub> <sup>2-</sup> ])である。	およびリン酸水素イオン濃度([HPO <sub>4</sub> <sup>2-</sup> ])である。
↓10	[Ca <sup>2+</sup> ]と[PO <sub>4</sub> <sup>3-</sup> ]が増加することで	[Ca <sup>2+</sup> ]と[HPO <sub>4</sub> <sup>2-</sup> ]が増加することで
85 ↓1	さらにヒドロキシアパタイト[(Ca <sub>10</sub> (PO <sub>4</sub> ) <sub>6</sub> (OH) <sub>2</sub> ]	さらにヒドロキシアパタイト[(Ca <sub>10</sub> (PO <sub>4</sub> ) <sub>6</sub> (OH) <sub>2</sub> ]
↑8	また、細菌と結合し(細菌凝集作用)、強い酸性の胃に送り込むことで、抗菌作用を示す。	(削除)
95 ↓2	2) Stephanカーブと歯表面の脱灰・再石灰化	2) Stephanカーブと歯表面の脱灰・再石灰化 (以降すべて「Stephan」→「Stephan」)
105 図 II-4-13	(図中, スクラロース) (図中, アスパルテーム) COO   -CH <sub>2</sub>	(H追加) CO   OCH <sub>2</sub>
↑5	糖のホルミル基(CHO)をアルコール性ヒドロキシ基[-CH(OH)]に代えたもので、	糖のホルミル基(-CHO)をアルコール性ヒドロキシ基[-CH <sub>2</sub> (OH)]に代えたもので、

栄養学

版刷(年月日)	第版・第1刷(2025・1・20)	第1版・第2刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
3 ↓15	糖質・脂質・タンパク質・ビタミン・ミネラルがあり,	糖質(炭水化物)・脂質・タンパク質・ビタミン・ミネラルがあり,
6 図1-2	(図中)	(グラフに2023年のデータ追加)
8 ↓4	2022年(令和4年)の国民健康・栄養調査によると、20歳代女性のやせの者(BMI<18.5)の割合は19.1%となっており,	2023年(令和5年)の国民健康・栄養調査によると、20~30歳代女性のやせの者(BMI<18.5)の割合は20.2%となっており,
↑9	2022年(令和4年)の国民健康・栄養調査によると、成人の肥満者(BMI≥25.0)の割合は男性で31.7%、女性で21.0%に達している。	2023年(令和5年)の国民健康・栄養調査によると、成人の肥満者(BMI≥25.0)の割合は男性で31.5%、女性で21.1%に達している。
9 図1-5	(図説)成人の肥満者の割合は男性で31.7%、女性で21.0%に達している。男性の30~60歳代ではいずれも30%を超えており、特に50歳代では40.1%となっている。一方で、女性の肥満者は30歳代以降、加齢に伴い増加する傾向にある。	成人の肥満者の割合は男性で31.5%、女性で21.1%に達している。男性の30~60歳代ではいずれも30%を超えている。女性の肥満者は、30~60歳代にかけては加齢に伴い増加する傾向にある。 (グラフも令和5年国民健康・栄養調査の結果に修正)
図1-6	(図説)65歳以上の高齢者の低栄養傾向の者の割合は、男性12.9%、女性22.0%であり,	65歳以上の高齢者の低栄養傾向の者の割合は、男性12.2%、女性22.4%であり, (グラフも令和5年国民健康・栄養調査の結果に修正)
20 ↓5	分子内に二重結合がない脂肪酸を	炭素間の二重結合(C=C)がない脂肪酸を
26 ↑18	×100生物価×消化吸収率	×100=生物価×消化吸収率
85 ↑4	ウスターソースやトマトケチャップには糖類(20~30%)が含まれる一方,	ウスターソース類やトマトケチャップにはグルコースやフルクトース、スクロース(ショ糖)などの糖類(20~30%)が含まれる一方,
90 ↓9	キャリアオーバーに該当するもの、栄養強化の目的で使用されるビタミン類、ミネラル類、アミノ酸類は、食品添加物の表示が免除される。	キャリアオーバーに該当するものは、食品添加物の表示が免除される。
表5-6	特定原材料(8品目)および特定原材料に準ずるもの(20品目) (表中)カシューナッツ (表中「特定原材料に準ずるもの(推奨表示)」に追加) (表下、注釈追加)	特定原材料(9品目)および特定原材料に準ずるもの(20品目) 「特定原材料(義務表示)」へ移動 ピスタチオ ※カシューナッツ、ピスタチオについては2026年4月の食品表示基準改正予定に基づく(2026年1月時点)。
105 側注	(新規追加)	*行政などでは妊娠初期を15週までとする区分が用いられますが、日本産科婦人科学会では近年、国際基準などに合わせて「妊娠初期(〜13週6日)」「妊娠中期(14週0日〜27週6日)」「妊娠後期(28週0日〜)」と定義しています。「日本人の食事摂取基準(2025年版)」においてもこの区分が採用されています。
108 ↓8	個別対応(上限5kgまで)とされている	個別対応(上限6kgまでが目安)とされている
113 ↓3	哺乳反射(原始反射)は消失していき,	哺乳反射(原始反射の一種)は消失していき,
表8-2	(表中「ミネラル」)・ミネラル量は少なく、腎臓への負担が少ない。 ・カルシウム、リン、ナトリウム、カリウムなどが含まれ、腎臓に負担をかけやすい。	・ミネラル量は適量で、腎臓への負担が少ない。 ・カルシウム、リン、ナトリウム、カリウムなどが多く含まれ、腎臓に負担をかけやすい。
125 側注	**近年、即時型アレルギーの原因食物として木の実類の増加が著しく、特にくるみによる食物アレルギーの増加が多く報告されています。	(削除)
↑7	学童期に入ってから落花生(ピーナッツ)や魚卵などにより,	学童期に入ってから甲殻類、木の実類(特にくるみ/カシューナッツ)、果実類、魚卵などにより,
130 ↑14	2022年(令和4年)の国民健康・栄養調査によると、20歳以上の女性全体では、やせの者(低体重)の割合は11.3%となっており、特に20歳代女性では19.1%と高い。	2023年(令和5年)の国民健康・栄養調査によると、20歳以上の女性全体では、やせの者(低体重)の割合は12.0%となっており、特に20~30歳代女性では20.2%と高い。
138 ↓5	特に、施設入居者や在宅医療を受けている高齢者では、タンパク質の摂取量不足によって低栄養状態にある者が少なくない。	特に、介護保険施設や在宅で医療を受けている要介護高齢者では、摂食嚥下機能や認知機能などの低下から食事の経口摂取が困難となることでタンパク質の摂取量が不足し、低栄養状態にある者が少なくない。
140 ↓6	ことも念頭に置き、指導内容を検討する必要がある。画一的な食事指導は、かえって食欲不振や極端なタンパク質摂取の低下を招き、栄養障害を引き起こす場合がある。	場合があることも念頭に置き、指導内容を検討する。また、画一的な食事指導はかえって食欲不振や極端なタンパク質摂取の低下を招き、栄養障害を引き起こすことがあるため注意する。
141 ↑11	これにより身体活動量の低下や体重減少、骨格筋量の低下、さらには低栄養(特にPEM)に陥るリスクが高くなる。	これらは身体活動量の低下や体重減少、骨格筋量の低下、さらには低栄養(特にPEM)を招く要因となりうる。
157 ↑10	生体に触れることなく生体の情報を収集・分析する生体検査がある。	生体の情報を収集・分析する生体検査がある。

保健生態学

版刷(年月日)	第1版・第3刷(2025・2・20)	第1版・第4刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
xvii 右段↑5	4. 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)に基づく対策……306	4. 認知症基本法に基づく対策……306
15 ↓7	群に割り付ける無作為化比較試験	群に割り付けるランダム化(無作為化)比較試験
17 COFFEE BREAK	(左段↑6) 毎日ウェブサイト上で公開しています。  (左段↑2) 指定感染症(政令)に定められました。 (右段↓3) 国籍、症状などについて報告しています。 (右段↓7) 現在まで続く感染対策の指針作成に (右段↑5) く押さえられています。これは、日本が (右段↑2) 予防ワクチン接種が進んだことが影響しています。	毎日ウェブサイト上で公開していました。現在は、WHOが国・地域別にCOVID-19情報を収集し、患者数、死亡者数、ワクチン接種率について時系列に公開しています ( <a href="https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=c">https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=c</a> )。 指定感染症(政令)に定められましたが、2023年5月8日に5類感染症に移行しています。 国籍、症状などについて報告されました。 初期の感染対策の指針作成に く押さえられていました。これは、日本が 予防ワクチン接種が進んだことが影響したとされています。国際的にも予防ワクチンの効果は認められ、特に、重症化予防の利益が副反応リスクを大きく上回ると評価されているようです。しかし、わが国では、使用したワクチンは日本の「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(薬機法)」に基づく第Ⅰ相から第Ⅲ相までの臨床試験を経ずに、特例承認(薬機法第14条の3)により導入されました。コロナウイルスが次々と変異するなかで、ワクチンの有効性及び副反応に関して評価を行う「分析疫学」には、現状ではデータ量が絶対的に不足しており、結論を得るまでにはさらに相当な時間が必要です。
19 表 I-3-1	人口1億人以上の国の状況	人口1億人以上の国(2025年) (差差し替え)
↓2	2015年の世界人口の国別分布をみると、人口が1億人以上の国は12カ国あるが、そのうち7カ国はアジアの国である(表 I-3-1)。わが国の人口は11位であるが、	2025年の世界人口の国別分布をみると、人口が1億人以上の国は16カ国あるが、そのうち8カ国はアジアの国である(表 I-3-1)。わが国の人口は12位であるが、
↓5	人口の最も多い中国とインドの2カ国で約37%を占めており、	人口の最も多い中国とインドの2カ国で約35%を占めており、
20 表 I-3-2	(表中↑1段目) 2023(令和5)年   124,362   △0.48	2023(令和5)年   124,362   △0.48   —   94.8 2024(令和6)年   123,802   △0.44   —   94.8
21 ↓1~4	それに伴って自然増加率も低下しており、2023(令和5)年には-0.48%になっている。 2023(令和5)年10月1日現在の総人口は1億2,435万人(男子6,049万人、女子6,386万人)である。	それに伴って人口増減率も低下しており、2024(令和6)年には-0.44%になっている。 2024(令和6)年10月1日現在の総人口は1億2,380万2千人(男子6,023万3千人、女子6,356万9千人)である。
↓17	最近では、2020(令和2)年に第21回の調査が	最近では、2025(令和7)年に第22回の調査が
23 図 I-3-4	(図中) 59.5%, 29.1%, 16.1%, 11.4% (出典) (総務省: 国勢調査)	(2025年のデータ追加) 59.6%, 29.3%, 16.8%, 11.2% (総務省統計局: 国勢調査報告)
25 表 I-3-4	(表中) 727,277    6.0 1,575,936    13.0 1,325    1.8 △848,659    △7.0 15,532    20.9 2,403    3.3 474,717    3.9 183,808    1.52 1.20	686,061    5.7 1,605,298    13.3 1,266    1.8 △919,237    △7.6 15,322    21.8 2,284    3.3 485,063    4.0 185,895    1.55 1.15
↓7	(出典) (国民衛生の動向2024/2025, 2024. <sup>1)</sup> ) わが国における2023(令和5)年の出生、	(国民衛生の動向2025/2026, 2025. <sup>1)</sup> ) わが国における2024(令和6)年の出生、
26 ↑15	2023年は1.20と過去最低となった。	2024年は1.15と過去最低となった。
↑5	2023(令和5)年のわが国の死亡者数は157万5,936人で、死亡率は13.0となり、前年より0.1上回った。	2024(令和6)年のわが国の死亡者数は160万5,298人で、死亡率は13.3となり、前年を上回った。
27 図 I-3-7	(図中) 令和5年(2023)最少の出生数727,277人 令和5年1.20	(令和6年のデータ追加) 令和6年(2024)最少の出生数686,061人 令和6年1.15
	(図中)	(折れ線グラフの2005年の所に追加) 平成17年合計特殊出生率1.26
28 ↓1	基準になる人口集団(基準人口)としては、わが国では1985(昭和60)年の日本人人口の年齢構成を基に「昭和60年モデル人口」をつくり、1990(平成2)年からはこれを用いて計算している。	なお、年齢調整死亡率の算出にあたり、厚生労働省は1990(平成2)年から基準人口に「昭和60年モデル人口(1985(昭和60)年の国勢調査人口を基に補正した人口)」を使用していたが、高齢化を反映した新しい基準人口として、2020(令和2)年から「平成27年モデル人口」(2015(平成27)年の国勢調査を基に補正した人口)を使用している。
29 表 I-3-7	(表タイトル) わが国の死因順位	わが国の主な死因の構成割合

	(表中) 1,575,936   1300.3   100.0	1,605,298   1334.5   100.0
	382,492   315.6   24.3	384,099   319.3   23.9
	231,056   190.7   14.7	226,277   188.1   14.1
	189,912   156.7   12.1	206,882   172.0   12.9
	104,518   86.2   6.6	102,808   85.5   6.4
	75,749   62.5   4.8	80,171   66.6   5.0
	60,186   49.7   3.8	63,665   52.9   4.0
	44,380   36.6   2.8	45,689   38.0   2.8
	38,080   31.4   2.4	35,865   29.8   2.2
	30,203   24.9   1.9	29,661   24.7   1.8
	25,451   21.0   1.6	25,590   21.3   1.6
↓ 4	2023(令和5)年におけるわが国の死亡数は、	2024(令和6)年におけるわが国の死亡数は、
↓ 9	脳血管疾患の3死因で全体の45.6%を占めている	脳血管疾患の3死因で全体の44.4%を占めている
33 表 I-3-9	(表中)2022(令和4)年*   81.09   82.14	2022(令和4)年*   81.09   82.14 2023(令和5)年   81.09   82.14
37 ↑ 2	2022(令和4)年度は0.3ppmを示している。	2023(令和5)年度は0.3ppmを示している。
38 ↓ 9	2022(令和4)年度は0.001ppmを示している。	2023(令和5)年度は0.001ppmを示している。
↑ 10	排局で0%[2022(令和4)年度]であり、	排局で0%[2023(令和5)年度]であり、
39 ↓ 8	2022(令和4)年度は99%と改善した。	2023(令和5)年度は100%と改善した。
42 ↑ 4	2022(令和4)年度の水道普及率は98.3%である。	2023(令和5)年度の水道普及率は98.2%である。
44 ↑ 6	2022(令和4)年度末の全国の下水道普及率(下水道利用人口/総人口)は81.0%であったが、地域差が大きい(東京都99.6%、徳島県19.3%)。	2024(令和6)年度末の全国の下水道普及率(下水道利用人口/総人口)は81.8%であったが、地域差が大きい(東京都99.7%、徳島県19.6%)。
50 ↓ 17	100年あたり0.74℃の割合での長期的な	100年あたり0.76℃の割合での長期的な
51 図 I-4-10	(図中)トレンド=0.76(℃/100年) (図中)	トレンド=0.77(℃/100年) (グラフに新しいデータ追加)
57 ↑ 11	2022(令和4)年度の全国の悪臭に係る苦情の件数は12,435件であった。	2023(令和5)年度の全国の悪臭に係る苦情の件数は11,735件であった。
58 ↓ 17	家庭などから排出される一般廃棄物は、2001(平成13)年をピークに減少している。2001年のごみ総排出量は5,483万トン(1人1日当たり1,185g)であったが、2022(令和4)年度は4,034万トン(1人1日当たり880g)を示している。	2023(令和5)年度のごみ総排出量は3,897万トン(1人1日当たり861g)であった。
59 ↑ 13	2021(令和3)年度における全国の産業廃棄物の総排出量は3億7,592万トンである。	2022(令和4)年度における全国の産業廃棄物の総排出量は3億7,400万トンである。
62 ↑ 10	累積感染者は7億5,000万人以上、死亡者は680万人以上(2023年1月末時点)	累積感染者は7億9,000万人以上、死亡者は710万人以上(2025年8月末時点)
64 表 I-5-3	(表中)飛沫散布	飛沫感染
69 ↑ 7	ルエンザ等感染症に移行させるなど、	ルエンザ等感染症へ区分変更した。その後、2023(令和5)年5月には、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)を5類感染症(定点把握)に移行するなど、
70 表 I-5-7	(表中, 5類「対象疾患」↑3)感染症を除く、性器クラミジア感染症、 (表中, 5類「主な対応」↓3)発生动向調査は国立感染症研究所感染症情報センター( <a href="https://www.niid.go.jp/niid/ja/from-idsc.html">https://www.niid.go.jp/niid/ja/from-idsc.html</a> )から公表]	感染症を除く、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)、性器クラミジア感染症、 発生动向調査は国立健康危機管理研究機構 感染症情報提供サイト( <a href="https://id-info.ihh.go.jp">https://id-info.ihh.go.jp</a> )から公表]
71 ↓ 16	場所83:2022年4月現在)がおかれ、	場所84:2025年4月現在)がおかれ、
72 表 I-5-8	(表中, B類疾病に追加)	(対象疾病(ワクチン)) 新型コロナウイルス感染症 新型コロナウイルスワクチン(mRNA, 組換えタンパク) (対象年齢等) ・65歳以上 ・60歳以上65歳未満であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障害を有する者およびヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者 (標準的な接種年齢等) — (回数)毎年1回 (対象疾病(ワクチン)) 帯状疱疹 乾燥弱毒生水痘ワクチン, 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (対象年齢等) ア 65歳 <sup>3)</sup> イ 60歳以上65歳未満であって、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者 ただし、イに該当する者として既に当該予防接種を受けた者は、アの対象から除く (標準的な接種年齢等) — (回数)生ワクチンは1回、組換えワクチンは2回 3) 令和7年度からの6年間の経過措置として、その年度に70, 75, 80, 85, 90, 95, 100歳になる者および令和7年度に限り、100歳以上の全員が対象
	(表下, 注釈追加)	2023(令和5)年の新規結核患者数は10,096人(人口10万対罹患率8.1)、結核による死亡者数は1,587人であった。
74 ↓ 8	2021(令和3)年の新規結核患者数は11,519人(人口10万対罹患率9.2)、結核による死亡者数は1,844人であった。	2023(令和5)年の新規結核患者数は10,096人(人口10万対罹患率8.1)、結核による死亡者数は1,587人であった。
75 ↓ 4	アジア地域を中心に輸入例が多く、2019(令和元)年の報告は140人であった。	アジア地域を中心に輸入例が多い。
76 ↓ 17	候群などの22疾患と、定点把握疾患としての	候群などの24疾患と、定点把握疾患としての
↓ 19	性器クラミジア感染症などの28疾患が含まれている。	性器クラミジア感染症などの26疾患が含まれている。
80 ↑ 10	ではノロウイルスによるものが46.9%と最も多い	ではウイルスによるものが46.9%と最も多い

84	↑9	2001(平成13)年より表示が義務づけられた。	2001(平成13)年より表示が義務づけられた(2023年の改正でくみが追加された)。
85	側注	(特定保健用食品の表示マークの上に追加)	特別用途食品の表示マーク
86	↓3	2010年, 2015年, 2020年版が示された。	2010年, 2015年, 2020年, 2025年版が示された。
	↑12	(単糖類または二糖類), ナトリウム(食塩)としている。	(単糖類または二糖類であって糖アルコールではないものに限る), ナトリウム(食塩)としている。
	↑10	n-3系脂肪酸, n-6系脂肪酸が設定されている。	n-3系脂肪酸, n-6系脂肪酸が設定されている。なお, 新たに骨粗鬆症とエネルギー・栄養素の関係も整理された。
	↑5	また, 「健康日本21」に設定された具体的な目標については重点的に評価し, 平成24年にはその最終評価を行ったうえで, さらに健康日本21(第二次)の目標事項を策定した(表I-6-3)。	現在, 健康日本21(第三次)は2025年版が推進されている。
87	表I-6-3	健康日本21(第二次)における栄養・食生活についての目標項目と評価	(表削除, 以降表番号1つずつずれる)
	↑6	約2割が低体重である(図I-6-4)。	約2割が低体重である。
88	図I-6-4	肥満, やせの著, 低栄養傾向の者の割合の年次推移(20歳以上)	(図削除, 以降表番号1つずつずれる)
	↓7~15	健康問題として, 悪性新生物や心疾患, 糖尿病, 高血圧症などの生活習慣病が大きな課題であり, ~ 望ましい食事の摂り方やおおよその量を具体的なイラストで示している(図I-6-5)。	健康問題として, 生活習慣病(CKDなどを含む)が課題であり, 現在健康日本21(第三次)や「食生活指針」(表I-6-3)が進められている。さらに, 「食事バランスガイド」(図I-6-4)により望ましい食事の摂り方や量をイラストで示している。
	↑3	2011(平成23)年には第2次, 2016(平成28)年には第3次,	(削除)
	↑2	第4次の食育推進基本計画の重点事項と	第4次の食育推進基本計画の重要事項と
90	図I-6-5	食事バランスガイド	(図差し替え)
106	図II-1-9	(図中「1. 先行期」)食塊	食物
112	↓12	<i>Streptococcus mutans</i> は合成した不溶性グルカンによって,	<i>Streptococcus mutans</i> と <i>Streptococcus sobrinus</i> は合成した不溶性グルカンによって,
115	表II-1-11	(表中) 特徴 菌体外多糖類の合成酵素産生 菌体外多糖類の合成酵素産生 う窩の存在が関与 侵襲性歯周炎に関与 毒素産生 慢性歯周炎に関与 タンパク分解酵素産生 慢性歯周炎に関与 タンパク分解酵素産生 慢性歯周炎に関与 タンパク分解酵素産生 歯肉縁下プラークの成熟度の提示 歯肉縁下プラークの成熟度の提示 (表下)	特徴 菌体外多糖類の合成酵素産生 菌体外多糖類の合成酵素産生 う窩の存在が関与 侵襲性歯周炎に関与 毒素産生 慢性歯周炎に関与 タンパク分解酵素産生 慢性歯周炎に関与 タンパク分解酵素産生 慢性歯周炎に関与 タンパク分解酵素産生 歯肉縁下プラークの成熟度の提示 歯肉縁下プラークの成熟度の提示 *図II-6-6参照
131	表II-3-4	(表中)⑥バス法   歯肉溝, 歯周ポケットの清掃	⑤バス法   歯肉溝, 歯周ポケットの清掃, 歯肉マッサージ ⑥バス改良法   歯肉溝, 歯周ポケットの清掃, 歯肉マッサージ
136	↓2	軟組織に対しては, 口内炎, 歯肉退縮, 擦過症,	軟組織に対しては, 口内炎, 歯肉退縮, 擦過傷,
137	↑6	歯磨出荷統計(2023年度)によると,	歯磨出荷統計(2024年度)によると,
	↑4	数量では91.4%, 中味総量では93.7%, 金額では90.5%となっており,	数量では91.7%, 中味総量では94.7%, 金額では91.5%となっており,
	↑2	数量では32.9%, 中味総量では32.8%, 金額では46.7%となっている。	数量では34.9%, 中味総量では35.5%, 金額では48.6%となっている。
140	↑4	また, Orlandら(1955)や	また, Orlandら(1954)や
	↑3	ミュータンスレンサ球菌の存在により	微生物やレンサ球菌の存在により
	↑2	その後, ミュータンスレンサ球菌でも	その後, レンサ球菌でも
151	表II-4-3	(表中) 因子   指標   宿主因子   唾液   流量	(項目の範囲修正) 因子   指標   宿主因子   唾液   流量
166	表II-5-6	Deanの歯のフッ素症(斑状歯)の分類	Deanの歯のフッ素症(斑状歯)の分類
168	表II-5-7	(表中, 項目名)フッ化物イオン濃度(ppm)	フッ化物イオン濃度(ppm)
266	↑7	2004(平成16)年から学校における	2005(平成17)年から学校における
	↑5	栄養教諭は, 栄養に関する専門性と	栄養教諭は, 栄養士など栄養に関する専門性と
270	表III-3-5	(表中「学校感染症」第一種)新型コロナウイルス感染症 (表中, 第二種)髄膜炎菌性髄膜炎   病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで	(削除) 髄膜炎菌性髄膜炎   病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで 新型コロナウイルス感染症   発症した後5日を経過し, かつ, 症状が軽快した後1日を経過するまで
271	↑6	2022(令和4)年度の主要な結果を	2023(令和5)年度の主要な結果を
	↑1	2022年度0.56と大きく減少している。	2023年度0.55と大きく減少している。
272	表III-3-7	(表中, 幼稚園)2022   24.9   25.0   1.6   3.0   —   1.1 (表中, 小学校)2022   37.0   37.9   3.1   11.4   2.6   2.9 (表中, 中学校)2022   28.2   61.2   3.0   10.7   3.2   2.2 (表中, 高等学校)2022   38.3   71.6   2.7   8.5   3.0   1.7	2023   22.6   22.9   1.5   3.0   —   1.2 2023   34.8   37.8   3.3   12.4   2.4   2.9 2023   28.0   61.0   3.0   10.5   3.2   2.0 2023   36.4   67.8   2.4   7.6   3.1   1.5
285	図III-4-3	(図タイトル)特定保健診査・特定保健指導の概要	特定健康診査・特定保健指導の概要

287	↑6	の割合の減少」などが施目標として掲げられている。	の割合の減少」などが施策目標として掲げられている。
	↑3	40歳, 50歳, 60歳および70歳ちよどの者を	20歳, 30歳, 40歳, 50歳, 60歳および70歳ちよどの者を
305	↓1	厚生労働省が2019年10月に提示した「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」においては	厚生労働省が2024年3月に提示した「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版」においては
306	↓1~10	4. 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)に基づく対策 認知症の人の意思が尊重され, ~ 認知症を有する人への歯科医療提供体制の拡充が図られつつある。	4. 認知症基本法に基づく対策 新オレンジプラン(認知症施策推進総合戦略)は, 団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据えて策定された認知症施策の国家戦略である。その後継として, 2023(令和5)年施行の認知症基本法に基づき「認知症施策推進基本計画(第1期基本計画)」が策定された。この基本計画は, 認知症の人が尊厳を保ち自分らしく暮らせる共生社会の実現を目指し, 普及啓発, 本人意思の尊重, 医療・介護の充実, 家族支援, 地域づくり, 研究・技術活用などを重点目標としている。
309	↓10	介護医療院, 介護療養型医療施設の4つがある。	介護医療院の3つがある。
	↓14~17	医療の要素が大きくなるのは介護医療院と介護療養型医療施設である。両施設とも対象者は医学的管理が必要となる者であるが, 介護医療院では日常的な医学的管理がされるのに対して, 介護療養型医療施設ではカテーテルを装着している等の常時医学的管理を要する者を対象とする。	医療の要素が大きくなるのは介護医療院である。対象者は長期の医学的管理が必要となる者であり, 医療的ケアと介護を一体的に提供する施設である。
310	↓7	「護予防ケアマネジメント」「地域ケア会議」の5つがあげられる。 このうち, 歯科衛生士と特に密接な関連性を有するのが地域ケア会議である。	「護予防ケアマネジメント」の4つがあげられる。 地域ケア会議は地域包括支援センターが中心となって開催される協議の場である。

保健・医療・福祉の制度

版刷(年月日)	第1版・第3刷(2025・1・20)	第1版・第4刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
xii 左段↑3 右段↓8	2)大麻取締法……97 6)食中毒の届出等……99	2)大麻草の栽培の規制に関する法律……97 6)食中毒の届出等……99 COFFEE BREAK HACCP(ハサップ)……99
xiii 右段↓3	4)障害者の虐待の防止、障害者の養護者に対する支援に関する法律……139	4)障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律……139
2 ↑10 ↑8	2022(令和4)年12月末で約14.5万人であり、 年齢階級別にみると、20歳代から50歳代以上まで、	2024(令和6)年12月末で約15万人であり、 年齢階級別にみると、50歳代以上が最も多く、
3 図1-1	年齢階級別歯科衛生士数	(図差し替え)
15 ↓2	令和4年4月1日から、	令和6年4月1日から、
16 ↓16	③罰金以上の刑(死刑、懲役、禁錮および罰金)に	③罰金以上の刑(死刑、拘禁刑および罰金)に
44 COFFEE BREAK	(左段↑9)刑事罰は、医療従事者個人に対し懲役・禁錮・罰金等の (右段↑8)5年以下の懲役若しくは禁錮又は100万円以下の罰金に処する。	刑事罰は、医療従事者個人に対し拘禁刑・罰金等の 5年以下の拘禁刑又は100万円以下の罰金に処する。
74 ↑16	②禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、	②拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わり、
96 ↓11 ↑16	この法律は、麻薬(コカイン、モルヒネなど) 薬物乱用等の違法行為で問題となっている。麻薬は依存性があることから、	この法律は、麻薬(コカイン、モルヒネ、大麻など) 薬物乱用等の違法行為で問題となっている。大麻は、幻覚作用や中枢抑制作用をもたらす成分を含んでおり、摂取すると独特の心地よさやリラックス感があるといわれている。薬理的には、心拍数の増加や結膜の充血、食欲の亢進、口渇、頻尿、悪心、嘔吐などの作用をもたらす。大麻は身体的・精神的な影響のほか、コカインやLSDなどより強力な薬物を使用するきっかけとなる「ゲートウェイ・ドラッグ」であることも問題とされている。麻薬は依存性があることから、
側注	(新規追加)	*指定薬物 いわゆる危険ドラッグについては、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に危険薬物として指定されており、その使用が規制されている(p.94参照)。
97 側注	*大麻取締法と麻薬及び向精神薬取締法の改正	(削除)
↓5	な医療を行うことができる(第58条の8)。 2)大麻取締法*[昭和23年 法律第124号]	な医療を行うことができる(第58条の8)。 所持・譲渡・譲受、輸出入・製造および施用・使用には、それぞれ罰則が規定されている。
↓10~27	大麻取扱者として大麻栽培者および大麻研究者があり、いずれも都道府県知事の免許を受ける必要がある。大麻栽培者とは、～都道府県知事の許可を受けた場合以外に大麻栽培者が栽培地外へ大麻を持ち出すことを禁止している(第13条、第14条)。	2)大麻草の栽培の規制に関する法律[昭和23年 法律第124号] 大麻草から製造された医薬品の施用等を可能とするため、2024(令和6)年に大麻取締法と麻薬及び向精神薬取締法が改正され、大麻およびTHC(テトラヒドロカンナビノール)を麻薬に位置付けるとともに、大麻草の栽培に関する規制の見直しが行われた。大麻取締法は大麻取締法は大麻草の栽培の規制に関する法律と名称を改められた。本法では、大麻草から製造される製品の原材料の採取を行うことができる第一種大麻草採取栽培者(都道府県知事免許)、医薬品の原料の採取ができる第二種大麻草採取栽培者(厚生労働大臣免許)および大麻草の栽培を伴う研究を行う大麻草研究者(厚生労働大臣免許)が規定されている。
107 ↑6 表4-3	2024(令和6)年4月時点の加入者は約6,800万人である。 (表中)	2025(令和7)年4月時点の加入者は約6,750万人である。 (令和7年4月時点の数値に更新)
108 ↓4 ↓10 ↓12 ↑9	2024(令和6)年4月時点の加入者数は約3,944万人である。 また、複数企業で3,000人以上であれば 2024(令和6)年4月時点では1,383と減少し、被保険者数は約2,820万人である。 2024(令和6)年4月時点の加入者数は約11万人である。	2025(令和7)年4月時点の加入者数は約3,954万人である。 また、同種・同業で3,000人以上であれば 2025(令和7)年4月時点では1,380と減少し、被保険者数は約2,800万人である。 2025(令和7)年4月時点の加入者数は約11万人である。
COFFEE BREAK	2024(令和6)年4月時点の加入者数は約983万人である。 (左段↑2)2022(令和4)年度には約46兆7千億円となり (右段↓1)後期高齢者には39.0%、18兆2千億円の (右段↓4)約7%、3兆22億円(2022(令和4)年度)で、	2025(令和7)年4月時点の加入者数は約979万人である。 2024(令和6)年度には約48兆円となり 後期高齢者には41%、19兆8千億円の 約7%、3兆4千億円(2024(令和6)年度)で、
109 ↓2 ↑1 図4-2	2024(令和6)年4月時点の加入者数は約2,677万人 2024(令和6)年同時期の1,914万人へと増加し 後期高齢者医療制度の運営の仕組み(令和4年度) (出典)厚生労働統計協会:国民衛生の動向 2024/2025	2025(令和7)年4月時点の加入者数は約25,622万人 2025(令和7)年同時期の1,979万人へと増加し 後期高齢者医療制度の運営の仕組み(令和6年度) (以隣同様に更新) (出典)厚生労働統計協会:国民衛生の動向 2025/2026
112 図4-3	(2024年現在)	(2025年現在)
113 図4-4	(図中)保健医療機関等(病院、診療所、調剤薬局等) 保険医 (図中)⑥診療報酬の支払い	保健医療機関等(病院、診療所、調剤薬局等) ⑥診療報酬の支払い(公定価格)
114 図4-5	(図中) (図タイトル)特定健康診査・特定保健指導の概要	(図差し替え) 特定健康診査・特定保健指導の概要(令和6年度から)
↓4~↑1	現在の第3期(2018~2023年度)「医療費適正化計画」では、1期6年を目前に、入院医療費の適正化に向けての地域医療構想に基づく病床機能の分化・連携の推進と外来医療費の適正化に向けて、糖尿病の重症化予防、特定健診・保健指導の推進、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用が図られている。	現在の第4期(2024~2029年度)「医療費適正化計画」では、医療費の高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供、既存の目標についてはデジタル等を活用した効果的な取組を推進、そして計画の実効性を高めるためには都道府県が関係者と連携するための体制構築を図っている。

115	↓15 ↓19	その実績評価を3カ月経過後(積極的支援の場合は、3カ月以上の継続的な支援が終了後)に行うように見直された(図4-5)。組合などが「前期高齢者納付金」という形で	保健師等による3カ月後の評価が図られている(図4-5)。組合などが「前期高齢者給付金」という形で
118	↑2	2024(令和6)年3月までを経過措置期間として廃止することとされている。	2024(令和6)年3月までを経過措置期間として廃止された。
119	↓3	への転換を図ることとされている。	への転換が図られている。
139	↑5 ↑3	4)障害者の虐待の防止、障害者の養護者に対する支援に関する法律 障害者の虐待の防止、障害者の養護者に対する支援に関する法律	4)障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律 障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律
143	↓3 ↓10 ↑8	2019(令和元)年国民健康・栄養調査の結果では、70歳以上で20本以上の歯を有する者は46.7%、何でもかんで食べることができる者は63.2%と高率となっているが、左右両方の奥歯でしっかりと噛みしめられる者は66.7%と年齢が高くなるほどさらに、2022(令和4)年歯科疾患実態調査の結果から、5歯を持つ者の割合の経年的変化は、34歳までは減少傾向、35歳から44歳ではほぼ横ばい、45歳以上では増加傾向にある。一方で、年齢階級別では年齢が進むにつれ、34歳までは増加傾向、35歳から44歳ではほぼ横ばい、45歳以上では減少傾向になっている。また、2022(令和4)年歯科疾患実態調査の結果から、2020(令和2)年患者調査の結果から、	2022(令和4)年国民健康・栄養調査の結果では、70歳以上で何でもかんで食べることができる者は67.8%と高率となっているが、左右両方の奥歯でしっかりと噛みしめられる者は64.3%であり年齢が高くなるほどさらに、2024(令和6)年歯科疾患実態調査の結果から、5歯を持つ者の割合の経年的変化は、34歳までは減少傾向、55歳以上では増加傾向にある。一方で、年齢階級別にみた1人平均DMF歯数の年次推移は、16歳までは概ね減少傾向であったが、16歳以上では、いずれの階級でも減少傾向になっている。また、2024(令和6)年歯科疾患実態調査の結果から、2023(令和5)年患者調査の結果から、
144	↓2 ↓4~13 ↑6 ↑3 図5-1	「入院」1,211.3千人(「男」558.6千人、「女」652.8千人)のうち、~「75歳以上」1,295.3千人となっている。2020(令和2)年度においては、ほぼ横ばいとなっているが、(図中)	(2023(令和5)年の数値に更新) 2023(令和5)年度においては、近年ではやや減少傾向となっているが、(2023年のデータ追加)
145	↓2 ↓3~5 図5-2	2022(令和4)年医療施設調査の結果から、181,093施設(対前年比697施設増)~67,755施設(同144施設減)となっている。(図中)	2024(令和6)年医療施設調査の結果から、(2024(令和6)年の数値に更新) (2024年のデータ追加)
146	↑6	また、2020(令和2)年時点における	また、2022(令和4)年時点における
147	↑15~↑1	2022(令和4)年度現在では前年度より1兆6,608億円増の~患者負担分5兆6,524億円[同12.1%/同4.2%増]となっている。	(2022(令和4)年度→2023(令和5)年度) (2023(令和5)年の数値に更新)
148	図5-4 図5-5	(図中) (厚生労働省:令和4(2022)年度国民医療費の概況より)	(2023年のデータ追加) (厚生労働省:令和5(2023)年度国民医療費の概況より) (2023年のデータ追加)
149	図5-6 ↓2~↑1	(図中) 2022(令和4)年度国民医療費の構造 (厚生労働省:令和4(2022)年度国民医療費の概況より)	(2023年のデータ追加) 2023(令和5)年度国民医療費の構造 (厚生労働省:令和5(2023)年度国民医療費の概況より)
150	↓1~↑5 ↑4~↑1 図5-7	2022(令和4)年度における財源別国民医療費は、~薬局調剤医療費7兆9,903億円[同17.1%/同1.4%増]、入院時食事・~薬局調剤医療費12万4,000円)となっている。また、各診療医療費の総数は、74歳までは増加しているが、75歳以降では年齢が進むにつれて減少している。一方で、人1人当たり国民医療費では、歯科診療医療費は79歳までは増加しているが、80歳以降になると減少に転じているが、医科診療医療費および薬局調剤医療費は年齢が進むとともに増加している。(図中) (厚生労働省:令和4(2022)年度国民医療費の概況をもとに作成)	(2022(令和4)年度→2023(令和5)年度) (2023(令和5)年の数値に更新) (2022(令和4)年度→2023(令和5)年度) (2023(令和5)年の数値に更新) また、各診療医療費は、79歳までは増加しているが、80歳以降では年齢が進むにつれて減少している。一方で、人1人当たり国民医療費では、歯科診療医療費は84歳までは増加しているが、85歳以降になると減少に転じているが、医科診療医療費は年齢が進むとともに増加、薬局調剤医療費は89歳までは増加1.90歳以降は減少している。 (図差し替え) (厚生労働省:令和5(2023)年度国民医療費の概況をもとに作成)
151	↑1 図5-8	56)年以降、継続的な減少傾向となっている。(図中)	56)年以降は減少傾向が続いたが、2010(平成22)年以降は横ばい傾向となっている。 (図差し替え)

歯科放射線学

版刷(年月日)	第2版・第2刷(2025・1・20)	第2版・第3刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
2 ↓5	その性質を利用してエックス線撮影を行う。	その性質を利用してエックス線撮影を行う。ガンマ線は放射性同位元素が崩壊するときに放出され、核医学検査やがんの放射線治療に利用される。粒子線はその物理学的な特性を生かして近年、放射線治療に活用されている。
16 図2-4	(図説↑6)小児用フィルム(size 1)や	小児用フィルム(size 0)や
26 図2-23	(図説↓1)逆生の過剰埋伏歯がみられる。	逆生の埋伏過剰歯がみられる。
30 図2-35	(図中)鼻口蓋管の側壁	切歯管(鼻口蓋管)の側壁
43 ↑4	小児用(size 1:22×35mm),	小児用(size 0:22×35mm),
56 ↓2	顎関節については両側の閉口時と開口時の合計4画像を撮影するモードを選択する。閉口時と開口時の位置(図3-10)	顎関節については両側の咬合位と最大開口位の合計4画像を撮影するモードを選択する。咬合位と最大開口位の位置(図3-10)
図3-10	(図説↓1)顎関節の左右側、閉口および開口時の4画像を (左の図中)閉口 (右の図中)開口	顎関節の左右側、咬合位および最大開口位の4画像を 咬合位 最大開口位
図3-11	(図中左から)右側・閉口時、右側・閉口時、左側・閉口時、左側・閉口時 (図説)開口時には下顎頭(矢印)は	右側・最大開口位、右側・咬合位、左側・咬合位、左側・最大開口位 最大開口位では下顎頭(矢印)は
60 図3-17	(図説)A:正中基準線のライトビームが右側にずれているため、実際の正中(被線)が左側にずれたことになる。患者の左側から断層域基準線を設定するため、このように患者が左を向いてしまうことがあるので注意する。 B:Aの位置付けで撮影したパノラマ画像。左右が非対称で左側の犬歯・小臼歯の重複、左側臼歯の拡大、右側臼歯の縮小等がみられる。患者が右を向いた場合は、この逆の像になる。	A:正中基準線のライトビームが右側にずれているため、顔面は左側に向き、後頭部は右側に回転している。患者の左側から断層域基準線を設定するため、患者が左を向いてしまうことがあるので注意が必要である。 B:Aの位置付けで撮影したパノラマ画像。左右で顎骨が非対称を示し、右側臼歯の縮小、左側臼歯の拡大、左側の犬歯・小臼歯部の重複等がみられる。患者が右を向いた状態で撮影した場合は、この逆の像になる。
61 図3-19	(図説↓1)適切な断層域よりも後ろに位置していることになる。	適切な断層域よりも患者が後方に位置していることになる。
図3-20	(図説↓1)適切な断層域よりも前に位置していることになる。	適切な断層域よりも患者が前方に位置していることになる。
62 図3-21	(図中、中段)上顎骨胸骨突起および頬骨後面	上顎骨頬骨突起および頬骨後面
63 図3-22	(右上の図)C (左下の図)B	B C
69 図4-9	(図中)過剰埋伏歯 (図中)鼻口蓋管 (図タイトル)上顎正中部の過剰埋伏歯:過剰埋伏歯は	埋伏過剰歯 切歯管 上顎正中部の埋伏過剰歯:埋伏過剰歯は
100 図6-24	(図タイトル)上顎正中部過剰埋伏歯 (図説↓1)歯冠を上方に向けた過剰埋伏歯(矢印)が (図説↓2)唇舌断像(B)では、過剰埋伏歯(矢印)は	上顎正中部埋伏過剰歯 歯冠を上方に向けた埋伏過剰歯(矢印)が 唇舌断像(B)では、埋伏過剰歯(矢印)は

保存修復学・歯内療法学

版刷(年月日)	第1版・第3刷(2025・1・20)	第1版・第4刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
9 ↑12	痛み等により圧痛の有無や軟組織の硬軟を	痛み等により圧痛の有無や軟組織の硬軟を
74 ↓5	へ装着することによって色調の改善をはかる。	へ装着することによって色調の改善をはかる方法が主流となっている。
77 ↓1	次いで、口蓋側からの髓腔開拓を経て、	次いで、口蓋側からの髓室開拓を経て、
130 側注	(「*内歯瘻と外歯瘻」↑2)管治療が奏功すると	管治療が奏功すると (以降すべての「奏功」→「奏効」)
140 ↑5	②窩洞形成による被薄象牙質を有する健康歯髄	②窩洞形成による菲薄象牙質を有する健康歯髄
151 ↑1	③手用切削器具(スプーンエキスカベータ)	③手用切削器具(スプーンエキスカベーター)
162 ↑7	(髓腔開拓後に行う場合もある)。	(髓室開拓後に行う場合もある)。
↑5	④髓腔開拓(髓腔への穿孔と天蓋の除去)	④髓室開拓(髓腔への穿孔と天蓋の除去)
163 図Ⅲ-3-4	(図中左) 髓腔開拓 (注釈, ※1)あるいは髓腔開拓後に行う場合もある。	髓室開拓 あるいは髓室開拓後に行う場合もある。
154 図Ⅲ-3-5	(図中) 髓腔開拓	髓室開拓
167 ↑14	(2) ISO規格(図Ⅲ-4-16, 表Ⅲ-4-1) ①刃部先端部は鋭角をなすため仮定の径となるが、先端の直径を $d_a$ 、先端から16mmの径を $d_b$ とする。	(2) 手用切削器具の国際標準規格(図Ⅲ-4-16, 表Ⅲ-4-1) ファイル、リーマーではANSI(米国国家規格協会)、ADA(米国歯科医師会)規格No.28等により形態やサイズが規定されている。 ①刃部先端部は鋭角をなすため仮定の径となるが、先端の直径を $d_a$ 、先端から16mmの径を $d_b$ とする。
↑6	器具のサイズは8番~140番で、	器具のサイズは6番~140番で、
↑2	21, 25, 28, 31mmの器具が用意されている。	21, 25, 31mmの器具が用意されている(18mm, 28mm等の器具も存在する)。
168 図Ⅲ-4-16	ファイル・リーマーのISO規格	ファイル・リーマーのANSI/ADA規格 No.28 (図差し替え)
表Ⅲ-4-1	ファイル・リーマーのISO規格	ファイル・リーマーの国際規格(ANSI/ADA) (表差し替え)
↓6	ISO規格(2/100)には適合していない	ANSI/ADA規格(2/100)には適合していない
172 ↑3	プラスチック注射等を組み合わせたもので、	プラスチック注射筒を組み合わせたもので、
177 ↓9	仮封除去は加熱平頭充填器による軟化除去、	仮封除去は加熱エキスカベーター等による軟化除去、
182 図Ⅲ-4-29	0.04テーパ(①)と0.06テーパ(②)のポイント(greater point)	0.04テーパ(①)と0.06テーパ(②)のポイント(greater taper)
↓11	ポリプロピレン樹脂製のポイントが市販されている。	以前、ポリプロピレン樹脂製のポイントが市販されていた。
183 ↑2	ポイントを把持したまま固定できるものもある(図Ⅲ-4-34)。	ポイントを把持したまま固定できるものもある。
190 ↓8	根尖のヘルトウィッチ上皮鞘が健全であれば、	根尖のヘルトウィッチ上皮鞘が健全であれば、
↑9	ヘルトウィッチ上皮鞘が機能障害を起こしているため、	ヘルトウィッチ上皮鞘が機能障害を起こしているため、
↑3	しかし、根尖閉鎖後の歯髄および根管の処置方法にはさまざまな考え方があ	(削除)
↑2	近年、歯髄はできるだけ保存する傾向にあり、内部吸収等が起こらない限り、根	(p.190 ↓12に移動) 法にはさまざまな考え方があ。近年、歯髄はできるだけ保存する傾向にあり、内部吸収等が起こらない限り、根
195 ↑2	⑥根管充填が不十分な場合には、逆根管窩洞の形成を行う。逆根管充填は、	⑥超音波装置に装着した専用チップ(レトロチップ*)を用い、根管内に深さ3mmを基準として窩洞(逆根管窩洞)を形成する。使用するチップは、部位や挿入方向に応じて適切な形態のものを選択する。逆根管充填は、
側注	(新規追加)	*レトロチップ マイクロスコープ下でレトロチップを用いることで、根管方向に沿った直線的かつ形態に追従した逆根管窩洞形成が可能となります。本シリーズ『歯科診療補助論 第2版』p.139参照。

歯科補綴学

版刷(年月日)	第1版・第3刷(2025・1・20)	第1版・第4刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
	<p>※今回の増刷では、主に下記2点の更新を行いました。</p> <p>①用語の見直し:『歯科衛生学シリーズ』他科目や各学会最新用語集をもとに、いくつかの用語の表記を変更しました。</p> <p>②エンドクラウンの追加:令和6年診療報酬改定で保険診療に導入されたエンドクラウンについて、I編1章とII編2章に追加しました。これに伴い、II編2章内で図表や本文の移動、およびそれによる目次・索引の修正が生じておりますが、それらの修正については本修正表には含めておりません。最新版にてご確認ください。</p>	
12	図 I-1-25	オーラルフレイル概念図(2019年版)
	↓5~12	オーラルフレイルとは、老化に伴って口腔の状態が変化して機能が低下し、フレイルの状態に影響を与えながら、～第4レベル:食べる機能の障がい(咀嚼障害・摂食嚥下障害)、に分けられている。
		オーラルフレイルとは、歯の喪失や食べること、話すことに代表されるさまざまな機能の「軽微な衰え」が重複し、口の機能低下の危険性が増加しているが、改善も可能な状態である。Oral frailty 5 item Checklist (OF-5) で評価するが、5項目のうち2項目以上あてはまる場合に、オーラルフレイルとする(図 I-1-25)。
13	図 I-1-26	(図中、「歯冠部の崩壊-大部分・全部」に追加)
17	↓3	現在ではほとんど用いられない。
		現在ではほとんど用いられない。 4) エンドクラウン エンドクラウンとは、歯冠部と髄室保持構造を一塊にしたクラウンのことである。
20	表 I-1-2	(表中「治療用義歯」)咬合や下顎位の安定、床下粘膜の調整、
25	↑7	(ア)クリリックレジンで製作されるレジン床と、
44	↓8	義歯の維持力低下、床下粘膜の疼痛といった
67	↓3	彫刻刀(エバンス)、各種トーチ、
68	↑4	彫刻刀(エバンス)、各種トーチ、
72	↑12	ほとんど使用されない。 2. ブリッジ治療の概要
		ほとんど使用されない。 (4) エンドクラウン エンドクラウン(図 II-2-4)とは、歯冠部と髄室保持構造を一塊にしたクラウン(歯冠修復装置)をいう。このクラウンは、歯科用CAD/CAMテクノロジーとミニマルインターベンション(MI)の考え方が融合した新しい低侵襲な修復治療である。 歯冠部と髄室保持構造が一体化しているため、レジン材料であっても十分な厚みを確保でき、クリアランスのない症例や咬合力の強い症例においても適応可能である(図 II-2-4-C)。また、ポストの形成が不要であるため、歯質の削除量を少なくできること、根管の汚染リスクを低減できること、来院回数を減らせることなども患者にとって大きなメリットである。 2. ブリッジ治療の概要
		(図新規追加)
73~	図番号	図 II-2-4~45
110		図 II-2-5~46 ※「図 II-2-4 エンドクラウン」の新規追加に伴い、以降II編2章内の図は全て図番号が1ずつ繰り下げ
102	↓1	②悪習癖(ブラキシズム、クレンチングなど)
112	表 II-3-1	(表中「レジン床」↑4)床粘膜面の削合や研磨は容易
120	側注 ↓20	床粘膜面や床辺縁部に盛り上げて
	↓5	●筋圧形成:基本セット、トーチランプ、
	図 II-3-14	(図説)A:筋圧形成に用いる器材 ①トーチランプ、②ペリコンパウンド
121	図 II-3-15	(図説)A:コンパウンドをトーチランプなどの火炎で軟化する (図説)C:コンパウンドをトーチランプで軟化し、なじませる。
		A:コンパウンドをアルコールトーチなどの火炎で軟化する C:コンパウンドをアルコールトーチで軟化し、なじませる。
127	図 II-3-27	(図中、説明追加) (図の横に側注追加)
		(図中に「セントラルベアリング」と「描記針」の位置を示す矢印を追加) 口内法と口外法の特徴 ゴシックアーチ描記法には口内法と口外法があり、それぞれに装置を用います。口内法の描記装置では、中央部に設けられたセントラルベアリングが描記針を兼ねていて、描記板と接触するので咬合床の安定に有利です。口外法の描記装置では、セントラルベアリングが咬合床を支えて、口腔外に設置された描記板の上にゴシックアーチが描記されるので、直視で観察できます。
143	↓4	悪臭や床下粘膜の炎症の原因となるため、
145	↑8	咀嚼時の機能圧が上顎前歯部の床下粘膜に
146	↑1	床下粘膜の非特異的な炎症のことをいう。
148	↓16	使用されるレジンにはアクリリックレジンがほとんどであるが、ポリサルフォン、ポリカーボネイトなどもあり、
	↓18	アクリリックレジンにはポリサルフォン、ポリカーボネイトなどより強度が低く、
	↑11	アクリリックレジンに比較して耐久性が劣り、
161	図 II-3-91	(図説)②カーバイドバー、
	↓4	カーバイドバー、カーボランダムポイント、
163	↑12	切出しナイフ、トーチ、辺縁形成用シリコーンゴム、
164	図 II-3-97	(図説)⑥トーチ、
166	↑4	デンタルメジャー、トーチ、セメントスパチュラ、
	図 II-3-104	(図説)⑩トーチ、
178	↓2	義歯装着後の短期間に生じる床下粘膜の
		義歯装着後の短期間に生じる義歯床下粘膜の

213	↑1	④審美障害	⑥審美障害
221	↑7	一般的には透明なアクリル樹脂を	一般的には透明なアクリル樹脂を

高齢者歯科学

版刷(年月日)		第1版・第3刷(2025・1・20)	第1版・第4刷(2026・1・20)
頁 行		変更前	変更後
6	↓9	2024年には29.3%と過去最高になり,	2025年には29.4%と過去最高になり,
	↑9	2024年の9月15日時点で1億2,376万人である	2025年の9月15日時点で1億2,320万人である
	↑6	2024年4月における15歳未満の1,401万人であり, 前年と比較すると33万人減少した。総人口に占める子どもの割合は11.3%であり, 50年連続して低下し続けている。 (図中)11.3%(2024年)	2025年4月における15歳未満の1,366万人であり, 前年と比較すると35万人減少した。総人口に占める子どもの割合は11.1%であり, 51年連続して低下し続けている。 11.1%(2025年)
7	図 I-1-2		
	↓1	2024年9月の65歳以上の高齢者の人口は3,625万人であり, 前年に比べて2万人増加している。	2025年9月の65歳以上の高齢者の人口は3,619万人であり, 前年に比べて5万人減少している。
	側注↑3	2022年には9万人と報告されています。	2025年には9万9千人と報告されています。
8	表 I-1-1	高齢者人口及び割合の推移(1950年~2045年)	高齢者人口及び割合の推移(1950年~2050年)
		2024   12,376   3,625   2,898   2,076   1,290   29.3   23.4   16.8   10.4	2024   12,379   3,624   2,897   2,075   1,288   29.3   23.4   16.8   10.4
		2025   12,326   3,653   2,934   2,155   1,313   29.6   23.8   17.5   10.6	2025   12,320   3,619   2,901   2,124   1,289   29.4   23.5   17.2   10.5
		(追加)	2050   10,469   3,888   3,189   2,433   1,612   37.1   30.5   23.2   15.4
		↑4	2024年発表の厚生労働省「簡易生命表(令和5年)」によると, 男性81.09歳, 女性87.14歳である。2019年には, 国民が一生のうちそれによると, 男性72.68歳, 女性75.38歳で平均寿命とは差がある。
9	図 I-1-3	死因別死亡率の推移	(図差し替え)
18	図 I-2-3	(図中)(令和3~5年度)	(令和6~8年度)
		(図中)(3,589万人)	(3,585万人)
		(図中)(4,185万人)	(4,188万人)
		(注釈)令和3年度	令和4年度
26	↑17	2023年4月末での地域包括支援センターの設置数は5,431カ所である。	2024年4月末での地域包括支援センターの設置数は5,461カ所である。
		↑3	(2024年3月末現在で1,941,748人)。
28	図 I-2-9	(図中左のグラフ)R6.4末	R7.4末(グラフもR7.4末のものに差し替え)
		(図中)経過的要介護	(削除)
		(図中右の表) R6	R7
		比較	比較
		710   3.26倍	723   3.32倍
59.1   2.04倍	57.9   2.00倍		
89.9   2.65倍	90.4   2.67倍		
93   2.93倍	93.8   2.96倍		
119.4   3.03倍	121.6   3.09倍		
348.5   4.14倍	359.2   4.27倍		
↑4		重度の要介護高齢者の伸びは2.65倍(要介護度4), 2.04倍(要介護度5)であり,	重度の要介護高齢者の伸びは2.67倍(要介護度4), 2.00倍(要介護度5)であり,
32	図 I-2-12	(図中上段)【財源構成】国25%, 都道府県12.5%, 市町村12.5%, 1号保険料22%, 2号保険料28%	【財源構成】国25%, 都道府県12.5%, 市町村12.5%, 1号保険料23%, 2号保険料27%
33	↓2	2024年9月現在, 65歳以上の高齢者人口は3,625万人で, 高齢化率は29.3%となっている。	2025年9月現在, 65歳以上の高齢者人口は3,619万人で, 高齢化率は29.4%となっている。
34	↑11	2023年4月末現在, 5,431カ所に設置されている(プランチ*等を含めると7,397カ所)。	2024年4月末現在, 5,451カ所に設置されている(プランチ*等を含めると7,362カ所)。
39	図 I-4-1	(図中)	(2023年のグラフを2024年のものに差し替え)
42	表 I-4-1	(図中)8,494   592,754   94.7   493,318   816	8,548   597,973   94.4   492,566   830
		4,273   370,739   87.5   271,861   694	4,250   369,365   87.6   270,426   706
		730   43,824   91.8   36,226   146	791   46,970   91.2   38,710   150
		300   8,986   78.2   10,729   39	197   8,052   72.9   7,024   25
68	↓3	65歳以上の高齢者の割合が29.3%(2024年)であり, 2018年の厚生労働省の国民健康・栄養調査では, 70歳以上の男性で75.7%, 女性で74.1%が高血圧に罹患しているため。	65歳以上の高齢者の割合が29.4%(2025年)であり, 2023年の厚生労働省の国民健康・栄養調査では, 70歳以上の男性で72.1%, 女性で66.4%が高血圧に罹患しているため。
78	表 II-3-11	(表中) II a   家庭外でみられる	II a   家庭外で上記IIの状態がみられる
		II b   家庭内でもみられる	II b   家庭内でも上記IIの状態がみられる
		III   日常生活に支障, 要介護	III   日常生活に支障, 要介護
		III a   日中中心	III a   日中中心に上記IIIの状態がみられる
		III b   夜間中心	III b   夜間中心に上記IIIの状態がみられる
92	↑10	また, 2022年の日本人の平均寿命は男81.05歳, 女87.09歳, 健康寿命(2019年)は男72.14歳, 女74.79歳ということを考えると,	また, 2024年の日本人の平均寿命は男81.09年, 女87.13年, 健康寿命(2022年)は男72.57年, 女75.45年ということを考えると,
117	↑14	高齢者の降圧目標は原則として65~74歳は130/80mmHg未満, 75歳以上は140/90mmHg未満とされている。	高齢者の降圧目標は, 原則として年齢を問わず, 診療室血圧(病院で測定した血圧) < 130/80mmHg, 家庭血圧(普段家庭で測定した血圧) < 125/75mmHgとされている。
		↑12	血圧が140/90mmHg以上の場合には内科に
124	↑9	日本人の食事摂取基準2020年版(本シリーズ「歯科予防処置論・歯科保健指導論」p.430ページ参照)を参考にすることで,	日本人の食事摂取基準2025年版(本シリーズ「栄養学」p.171ページ参照)を参考にすることで,

185 CLINICAL POINT	(新規追加)	<p>リハ・栄養・口腔連携体制加算  2024年度診療報酬改定により、入院患者全員を対象として、入院後48時間以内にADL、栄養状態および口腔状態の評価を行い、リハビリテーション(以下、リハ)、栄養管理および口腔管理に係る計画の作成、ならびに計画に基づく多職種による取組(土曜・日曜・祝日に実施するリハを含む)を行う体制を評価する「リハ・栄養・口腔連携体制加算」(1日につき120点)が新設された。  考え方は決して新しいものではなく、歯科を含むチーム医療を実践している病院では従来から日常的に行われてきた取り組みが、ようやく保険収載されたという印象が強い。  臨床におけるリハ・栄養・口腔に関する情報共有は、主として各種カンファレンスで行われることが多い。したがって、PT・OT・ST(p.166参照)、管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士の連携を充実させるためには、歯科職種が積極的にカンファレンスへ参加し、口腔に関する問題点を発見し、改善を図ることが重要である。</p>
239 ↓6	高齢者の占める割合は61.7%となっている。	高齢者の占める割合は61.9%となっている。
330 付2-表2	(表中「ジェルタイプ」左)保湿剤(加水分解水添デンプン)	保湿剤(加水分解水添デンプン、イソシトール)
付2-表3	(表中「歯科医院専売品」「顆粒」)ペルオキシ硫酸-水素カリウム混合物、過ホウ酸ナトリウム、タンパク分解酵素、直鎖アルキルベンゼンスルホン	ペルオキシ硫酸-水素カリウム混合物、過ホウ酸ナトリウム、ラウリル硫酸ナトリウム、トリポリリン酸ナトリウム、炭酸ナトリウム、タンパク分解酵素(画像差し替え)
332 付2-表4	(表中「クリーム」)	(画像差し替え) (配合成分から「パラオキシ安息香酸プロピル」削除)

歯科予防処置論・歯科保健指導論

版刷(年月日)	第2版・第1刷(2025・1・20)	第2版・第2刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
51 左段↑7	COFFEE BREAK クリティカルシンキング……69 3)PDCAサイクル……70	3)リフレクション(省察)……69 4)PDCAサイクル……70
14 表Ⅰ-2-1	歯科衛生士が関わることで算定できる歯科診療報酬 (表中)①歯科衛生実地指導 ②訪問歯科衛生指導	歯科衛生士が関わることで算定できる主な歯科診療報酬 ①歯科衛生実地指導料 ②訪問歯科衛生指導料 (差し替え)
39 表Ⅱ-2-3	(表中「軽度(P1)」の図)	(差し替え)
53 図Ⅱ-3-3	(図中)危機感(脅威) → 行動のきっかけ	危機感(脅威) ← 行動のきっかけ
59 図Ⅱ-3-5	間食の多い対象者が認知行動療法の基本モデルに沿って記入した例	(図差し替え)
69 COFFEE BREAK	クリティカルシンキング	(削除)
69	(挿入)	3)リフレクション(reflection:省察) 問題解決を行う思考過程において、歯科衛生実践の振り返りを行う探究的な方法の1つにリフレクションがある。リフレクションとはさまざまな定義されているが、一般的な実践の“振り返り”とは異なり、「省察」「内省する」という意味で多く示されている。歯科衛生実践を行うなかで、どのような歯科衛生実践であったかを単純に反省し振り返るのではなく、歯科衛生実践の価値や意味を思考し、次の実践に活かすための思考プロセスである。
70 ↓2	3)PDCAサイクル	4)PDCAサイクル
72 図Ⅲ-1-4	(図中「環境因子」)制約的:サービス・制度・制作	制度的:サービス・制度・政策
98 ↑13	(1)改訂長谷川式認知症スケール(HDS-R)	(1)改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)
102 ↓4	硬変や脂肪肝などの肝疾患が代表的である。	硬変や脂肪性肝疾患(脂肪肝)などの肝疾患が代表的である。
119 図Ⅲ-2-27		(Aの写真差し替え)
125 ↑5	10秒間に特定の言葉を繰り返して発音してもらい、	5秒間または10秒間に特定の言葉を繰り返して発音してもらい、
145 ↑6	①MS培地にバシトランジンディスクを入れて <i>S.mutans</i> の選択培地(MSB培地)を調製する。 ②パラフィンワックスを約1分間かむ。丸縁がおよそ第一大臼歯の位置になるように、	①検査開始の約15分前に、MS培地の試験管にバシトランジンディスクを1錠入れて <i>S.mutans</i> の選択培地(MSB培地)を調製する。 ②パラフィンワックスを約1分間かみ、口腔内に溜まった唾液は飲み込むか、または吐き出し、パラフィンワックスを捨てる。丸縁がおよそ第一大臼歯の位置になるように。 (写真差し替え)
146 図Ⅲ-2-47	(図中A) (図中B) (図説)A:製品キット、	(2の右に「3」追加) A:製品キット(写真:オーラルケア提供)、
↓6	2, 3の場合は「う蝕リスクが高い」と判定する(表Ⅲ-2-25)。 (3)Dentocult-LB(図Ⅲ-2-48)	2, 3の場合は「う蝕リスクが高い」と判定する(表Ⅲ-2-25)。 【参考】ブラーク中の <i>S.mutans</i> 菌を検査する場合 ①デンタルフロスなどを用いて歯間部や歯面のブラークを採取する。 ②採取したブラークをサイト・ストリップに塗布する[1枚のサイト・ストリップで4カ所(4歯面)の検査が可能である]。 ※あらかじめどの部位から採取したか分かるように、カルテなどに記載しておく。 ※ブラークを盛り付けてしまうと測定が困難なため、こすりつける程度で十分である。 ③ストリップ・ミュータンスとサイト・ストリップを一緒にして、試験管のキャップ内側に差し込み、キャップを閉める。 ④37℃で48時間培養後に、ブラークを塗布した面の <i>S.mutans</i> 菌の有無を確認する。 (3)Dentocult-LB(図Ⅲ-2-48)
↑4	<i>Lactobacilli</i> の選択寒天培地と培養ケース、パラフィンワックス。 ④方法 ①パラフィンワックスを咀嚼させながら唾液を採取し、寒天スライドの両面に唾液を注ぐ(図Ⅲ-2-48B)。 ②37℃で4日間培養する(図Ⅲ-2-48C)。	<i>Lactobacilli</i> の選択寒天培地と培養ケース、パラフィンワックス、重層ミニダプレット。 ④方法 ①パラフィンワックスを約5分間咀嚼しながら、唾液を採取する。 ②採取した唾液を寒天スライドの両面に注ぐ(図Ⅲ-2-48B)。 ③重層ミニダプレット1錠をピンセットで試験管に投入する。 ④試験管に寒天スライドを戻し、蓋をしっかり閉める(スライドを戻すとき、重層ミニダプレットをつぶさないようにする)。 ⑤37℃で48時間培養する(図Ⅲ-2-48C)。 (Aの写真差し替え)
147 図Ⅲ-2-48	(図説)A:製品キット、 (図説)C:培養(37℃ 4日間)、	A:製品キット(写真:オーラルケア提供)、 C:培養(37℃ 48時間)、
175 ↓1	(5)上顎右側臼歯部(4-7)	(5)上顎右側臼歯部(7-4)
図Ⅲ-3-30	上顎右側臼歯部(4-7)での操作	上顎右側臼歯部(7-4)での操作
177 表Ⅲ-3-5	(表中)ポピドンヨード   0.5%ポピドンヨード溶液を希釈して0.1%ほどで用いる。 ↑9 水压をかけて洗浄する。	ポピドンヨード(有効ヨウ素として10%)   希釈して0.1%ほどで用いる。 水流をかけて洗浄する。
179 表Ⅲ-3-6	(表中)キャビトロンタッチ/セレクトSPS キャビトロンMP/IETプラススタップオン (表下)(2024年10月現在)	キャビトロンタッチ/セレクトSPS キャビトロンプラスMP/IETプラススタップオン (2025年10月現在)
180 図Ⅲ-3-34	マイクロストリーミング(滴状の定常流)	マイクロストリーミング(滴状の定常流)(松久保 隆ほか, 2017) <sup>6)</sup>

183	表Ⅲ-3-8	カボプランメカジャパン グラスロッドライト ・ユニバーサル ・ルートプレーニング ・ペリオ ・ソニックフレックスフレックス用 ブラシ	カボプランメカジャパン グラスロッドライト ・ユニバーサル ・シグナル ・ペリオ ・ソニックフレックススクリーン用 ブラシ
		スーパー-SW-1L 日本アイ・エス・ケイ	スーパープライム 日本アイ・エス・ケイ
		エアークイッツ ジーシー	エアークイッツ ジーシー
		シロエアー-L デンツプライシロナ ・Sチップ ・Lチップ	シロニックL/LT デンツプライシロナ ・スケーリング ・ペリオ
		ナカニシ ライト付き ・ユニバーサル ・シグナル ・ペリオ (ストレート, 右・左彎曲タイプ)	ナカニシ ライト付き ・ユニバーサル ・シグナル ・ペリオ (ストレート, 右・左彎曲タイプ) ソニックブラシ
		(表下) (2024年10月現在)	(2025年10月現在)
186	図Ⅲ-3-38		(C, D)の写真差し替え)
	↑5	1~2mmの部分に沿わせるように動かす(動画⑦)	1~2mmの部分に沿わせるように動かす(動画④)
193	↓10	①ラテラルサーフェイスを研ぐ方法(動画④)	①ラテラルサーフェイスを研ぐ方法(動画⑤)
	↑1	砥石を左右に動かす(動画⑤)	砥石を左右に動かす(動画⑥)
195	↑6	②トウを砥ぐ方法(動画⑥)	②トウを研ぐ方法(動画⑦)
197	表Ⅲ-3-10	その他 フッ化物(モノフルオロリン酸ナトリウム・・・) 殺菌・抗菌剤(クロルヘキシジングルコン・・・) 香料, 色素, 防腐剤	薬用成分 フッ化物(モノフルオロリン酸ナトリウム・・・) 殺菌・抗菌剤(クロルヘキシジングルコン・・・) その他 香料, 色素, 防腐剤
	↓2	RDA (Radioactive Dentin Abrasion) 値*	RDA (Relative Dentin Abrasion) 値*
203	↓2	1) 歯面清掃器(エアパウダーポリッシング)	1) 歯面清掃器(エアポリッシャー)
204	表Ⅲ-3-11	(表中)エアフロープロフィラキシスマスター (表下) (2024年10月現在)	メルサージュエビック 2 in 1 (2025年10月現在)
	↓1	ノズルは歯面から2~5mm離し,	ノズルは歯面から3~5mm離し,
	↓3	ハンドピース・ノズルを使用する。ノズルの先は歯面から2~5mm離し,	ハンドピース・ノズルを使用することもある。ノズルの先は歯面から3~5mm離し,
207	表Ⅲ-3-12	(表中)ソニックフレックススクリーン (表下) (2024年10月現在)	ソニックフレックススクリーン (2025年10月現在)
210	↑8	(I) 薬液の保管	(I) 薬液の保管
211	表Ⅲ-3-18	(表下) (2024年10月現在)	(2025年10月現在)
212	表Ⅲ-3-19	(表の項目)薬液 (表中)⑥防湿の除去   口腔内に残った余剰の薬液を綿球で拭い、 ロールワッテを取り除く。排唾管またはラバーダムを使用した場合はこれを取り除く。   歯面の余剰ゲルを拭き取り、ロールワッテまたはラバーダムを取り除く。 (表タイトル)トレー法	溶液 ⑥防湿の除去   ロールワッテを取り除き、排唾させる。排唾管またはラバーダムを使用した場合はこれを取り除く。   歯面の余剰ゲルを拭き取り、ロールワッテを取り除き、排唾管またはラバーダムを使用した場合はこれを取り除く。 トレー法の手順
215	表Ⅲ-3-20	(表の項目)薬液 (表中)④歯面乾燥   押搾空気歯面を乾燥させる。 (表中「薬液」↑2段目)・・・排唾用チューブを連結して排唾を行うことが望まれる。	溶液 ④歯面乾燥   エアで歯面を乾燥させる。 ・・・排唾管を連結して排唾を行うことが望まれる。
217	↓3	応用方法としては、綿球や綿棒による塗布だけではなく、探針やトゥースピックによる貼付、デンタルフロスの併用も可能である。	応用方法としては、歯面清掃後、探針やスパチュラ、アプリケーションブラシを用いて貼付する。
218	表Ⅲ-3-22	(表下) (2024年10月現在)	(2025年10月現在)
238	表Ⅲ-3-31	(表中)製造 クラレ/リタケデンタル キリタ (表中)ピューティシーラント (表下) (2024年10月現在)	製造販売 クラレ/リタケデンタル ピューティシーラント (2025年10月現在)
246	表Ⅲ-4-1	(表中「特徴」↓1段目)1分間に約2,000~10,000回の振動・回転でプラークを除去する。 (表中「特徴」↓2段目)1分間に約30,000回の音波振動が発生する。	1分間に約3,000~10,000回の振動・回転でプラークを除去する。 1分間に約20,000~40,000回の音波振動が発生する。
249	↓5	歯ブラシの毛にコシがなくなるなどの状態になったら交換する。	歯ブラシの毛にコシがなくなるなどの状態になったら交換する。なお、電動歯ブラシの交換時期は3カ月を目安にする。
254	図Ⅲ-4-7	(出典追加)	(A,B,C図差し替え) (E.M. Wilkins/遠藤圭子ほか監訳, 2015.) <sup>2)</sup>
274	↑6	令和4年国民健康・栄養調査の結果では、	令和5年国民健康・栄養調査の結果では、
	↑5	総数14.8%, 男性24.8%, 女性6.2%となっている	総数15.7%, 男性25.6%, 女性6.9%となっている
	↑3	総数25.0%, 男性21.7%, 女性36.1%となっている	総数20.7%, 男性19.7%, 女性23.9%となっている
275	図Ⅲ-4-32	(出典) (令和4年国民健康・栄養調査)	(図差し替え) (令和5年国民健康・栄養調査)
	図Ⅲ-4-33	(図タイトル)現在習慣的に喫煙している者におけるタバコをやめたいと思ふ者の割合 (出典) (令和4年国民健康・栄養調査)	(図差し替え) 現在習慣的に喫煙している者におけるタバコをやめたいと思ふ者の割合の 年次推移 (令和5年国民健康・栄養調査)
283	表Ⅲ-4-17	(表中)初回面接後10分, フォローアップ5分	初回面接10分, フォローアップ5分

289 ↓6	(2)非糖類系代用甘味料	(2)非糖質系代用甘味料
312 表IV-1-5	(表中「摂食嚥下機能」5～6カ月)成熟型嚥下	(1～1.5歳へ移動)
331 ↓8	令和5年度学校保健統計調査によると、	令和6年度学校保健統計調査によると、
↓9	「むし歯(う歯)」の者の割合が34.8%、中学校は28.0%、高等学校は36.4%で、いずれも前年度より減少している。小学校から高等学校の中で、9歳、17歳が40.0%を上回り、最も高かった。12歳の1人平均DMFT指数は0.55本で、令和4年度より減少し、	「むし歯(う歯)」の者の割合が32.89%、中学校は26.5%、高等学校は34.7%で、いずれも前年度より減少している。12歳の1人平均DMFT指数は0.38本で、令和5年度より減少し、
342 ↑10	令和4年国民健康・栄養調査結果では、男性232.1g、女性189.6gで、	令和5年国民健康・栄養調査結果では、男性230.9g、女性211.8gで、
↑6	食生活の改善の意思については、「改善することに関心がない」と回答した者の割合が20～29歳で最も高く、男性が18.6%、女性が14.3%(図IV-1-13)で、青年期に食生活の改善の意思が低いことがうかがえる。	食習慣改善の意思「主食・主菜・副菜を組み合わせる」については、「改善することに関心がない」と回答した者の割合が20～29歳で最も高く、男性が22.1%、女性が16.6%(図IV-1-13)で、青年期に食習慣改善の意思が低いことがうかがえる。
344 図IV-1-13	(図タイトル)食習慣改善の意思(20歳以上、性・年齢階級別)	(グラフ差し替え)
	(出典)(令和元年国民健康・栄養調査)	食習慣改善の意思「主食・主菜・副菜を組み合わせる」(20歳以上、性・年齢階級別)
		(令和5年国民健康・栄養調査)
345 COFFEE BREAK	プレスローの7つの健康習慣	Breslow(プレスロー)らの7つの健康習慣
348 ↑6	健康と生活習慣との関係については「プレスローの7つの健康習慣」が令和4年国民健康・栄養調査によると、20歳以上の野菜の摂取量は、1日あたり平均270.3gであり、	健康と生活習慣との関係については「Breslowらの7つの健康習慣」が令和6年国民健康・栄養調査によると、20歳以上の野菜の摂取量は、1日あたり平均256.0gであり、
↑3	20歳以上の男性の平均が1日あたり10.5g、女性が9.0gであった。	20歳以上の男性の平均が1日あたり10.7g、女性が9.1gであった。
349 ↓2	平成30年国民健康・栄養調査による結果では、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上食べることが「ほとんど毎日」と回答した割合が、20歳以上の男性47.3%、女性49.0%と半数程度であったが、30歳代の男性では34.7%、30歳代女性では40.9%であり、	令和5年国民健康・栄養調査による結果では、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上食べている者の割合が、20歳以上の男性46.7%、女性47.1%と半数程度であったが、30歳代の男性では37.2%、30歳代女性では27.8%であり、
352 図IV-1-15	(図タイトル)糖尿病連携手帳	(差し替え)
↑5	『糖尿病連携手帳』である。糖尿病患者に対する歯科衛生介入においては、糖尿病連携手帳の有無を確認する。また、『糖尿病連携手帳』には、	JADEC連携手帳(旧:糖尿病連携手帳)
↑2	歯科受診時には、『糖尿病連携手帳』に口腔内の情報を記入し、多職種との情報共有に役立てる。	『JADEC連携手帳(旧:糖尿病連携手帳)』である。糖尿病患者に対する歯科衛生介入においては、JADEC連携手帳の有無を確認する。また、『JADEC連携手帳』には、
356 表IV-1-12	(表中)活舌低下	滑舌低下
362 ↑7	身長・体重の測定と過去3年間で食欲不振、	身長・体重の測定と過去3カ月間で食欲不振、
363 ↓8	摂食嚥下機能に問題を認める可能性が高い。摂食嚥下機能の問題が	嚥下機能に問題を認める可能性が高い。嚥下機能の問題が
441 中段「え」↓2	エアパウダーがリッピング……203	(削除)
右段↓5	改訂長谷川式認知症スケール……98	改訂長谷川式簡易知能評価スケール……98
443 ↑13	小窩裂溝填塞法……236 上唇小帯……17	小窩裂溝填塞法……236 省察……69 上唇小帯……17
445 ↓19	プレスローの7つの健康習慣……345	(削除)
446 中段「り」↓2	リステリア菌……311 離乳……316	リステリア菌……311 リフレクション……69 離乳……316
中段↑	BOP……116	BOP……116 Breslowらの健康習慣……345
447 左段「じ」↓1	JDAT……390	JADEC連携手帳……352 JDAT……390

歯科診療補助論

版刷(年月日)	第2版・第1刷(2025・2・10)	第2版・第2刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
xiv 右段 ↓ 10	12. 婦人科疾患……351	12. 産科(妊娠)・婦人科疾患……351
13 表 I-2-1	(表中) □レベル0…エラーや医療薬品, 医療機器の	□レベル0…エラーや医薬品, 医療機器の
16 ↓ 4	2) 標準予防策(スタンダードプリコーション) 標準予防策(スタンダードプリコーション)とは,	2) 標準予防策(スタンダードプリコーション/スタンダードプリコーション) 標準予防策(スタンダードプリコーション/スタンダードプリコーション)とは,
17 ↑ 6	コップ給水などから一定時間滞留水を排出する.	コップ給水などから一定時間滞留水を排出する(フラッシング).
23 ↓ 5	③折り目の山側が内側にくるように首の部分を広げて後ろで結ぶ.	③2つ折りの状態での折り目の谷側が外側(患者側)にくるように首の部分を広げて後ろで結ぶ.
↓ 12	①ガウンの外側にふれないように静かに広げ, 頭からかぶる.	①ガウンの外側にふれないように静かに広げ, 首にかける.
↑ 5	②裾の部分をつり張り, 後ろのミシン目を取りはずす. ③ガウンの裾が裏返しになるように腕を抜く. このときに同時に手袋をはずしても構わない. ④裾を腰ひもの高さまで持ち上げ, 外側を折り込む. ⑤後ろの腰ひもを切り, 3つ折りにして廃棄する.	②ガウンをつり張り, 首ひもをちぎる. ③汚染面が内側になるように折りたたみ腕を抜く. このときに同時に手袋をはずしても構わない. ④ガウンの裾を持ち上げ, 後ろの腰ひもを切り, 外側を中に折り込み廃棄する. ⑤手指衛生を実施する.
24 図 I-2-6	(図中) 折り目が外側にくるように首の部分を持ってそつとかぶる, 腰ひもをゆっくり広げて後ろで結ぶ. (図中) 後ろの腰ひもを切り, 3つ折りにして廃棄する.	2つ折りの状態の折り目の谷側が外側(患者側)にくるように首の部分を持ってそつとかぶる. 腰ひもをゆっくり広げて後ろで結ぶ. 後ろの腰ひもを切り, 3つ折りにし汚染面を内側にして廃棄する.
↓ 4	サージカルマスクの金具が上部にくるように	サージカルマスクのノーズピースが上部にくるように
↑ 2	⑤反対側も同様にする.	(削除)
25 図 I-2-7	(図中) ガウンを首にかける (図中) 袖から両腕を抜く (図中) 前に引いて腰ひもを切る (図中) 適当な大きさにまとめる	ガウンの外側にふれないように広げて首にかける 両腕を抜く(このとき手袋をはずしても構わない) ガウンの裾を持ち上げ前に引いて腰ひもを切る 汚染面を内側に折り込み適当な大きさにまとめ廃棄する
26 ↑ 2	①ゴーグルの耳の部分をつかみはずす.	①ゴーグルの耳のフレーム部分をつかみはずす.
38 図 I-2-24①	(図中) 高圧蒸気	高圧蒸気滅菌
41 ↓ 5~12	業者に委託処理する場合は, 産業廃棄物管理票(マニフェスト)(図 I-2-27)に必要事項を記載して交付する. ~ なお, 電子マニフェストを利用した場合は, 情報処理センターが集計し, 都道府県知事に報告を行う.	業者に処理を委託する際には, 産業廃棄物管理票(マニフェスト)の交付が必要となる. 電子マニフェストの場合, 医療関係機関などは, 廃棄物を収集運搬業者に引き渡してから3日以内に, 一次情報を情報処理センターへ登録する. その後, 情報処理センターから通知される「運搬終了」/「処分終了」/「最終処分終了」を確認する. また, 情報処理センターは, 登録情報および収集運搬業者・処分業者の報告情報を都道府県知事に報告する. 紙マニフェストの場合, 医療関係機関などは, 廃棄物を収集運搬業者に引き渡す際に, 必要事項を記入したマニフェストを交付する. 紙マニフェスト(図 I-2-27)は7枚複写で構成されており, 1枚目のA票は排出業者が引き渡し時に控えとして受け取る. 処分業者からB票が返送されたら, 最終処分終了をA票と照合し, A票にB票の受領年月日を記載する. A票は5年間保存する義務があり, 前年度に交付したマニフェストに関する報告書を作成し, 都道府県知事に提出する.
61 ↓ 3	・マニフェストの巻き方は緩いと実際の血圧よりも高く,	・袖をたくし上げて上腕を圧迫することのないように, 上着やセーターを脱衣する.
62 ↓ 5	SpO <sub>2</sub> の基準値には個人差があるが96~99%とされる.	・マニフェストの巻き方は緩いと実際の血圧よりも高く, SpO <sub>2</sub> の基準値には個人差があるが96%以上とされる.
63 ↓ 9	vi) 使用済みの器具等は, すべて廃棄用容器に廃棄する.	vi) 使用済みの器具等は, すべて感染性廃棄用容器に廃棄する.
↑ 5	・廃棄用容器	・感染性廃棄用容器
64 ↓ 7	vii) 測定器はすぐに電源が切れる.	vii) 測定器の電源は自動で切れる.
65 ↓ 5	・廃棄用容器	・感染性廃棄用容器
↑ 16	「感染症治療に有効な抗菌性物質の選択」である.	「感染症治療に有効な抗菌薬の選択」である.
66 表 I-3-3	(表中「方法」中段 ↓ 1) ・口腔粘膜病変の表面をブラシで	・口腔粘膜病変の表面をブラシで
67 ↑ 3	進行度を判定する(表 I-3-5).	進行を予測する(表 I-3-5).
68 ↓ 6	水分計による測定, 臨床診断基準による評価がある,	水分計による粘膜湿度測定, 臨床診断基準による評価がある,
↑ 7	C. 口腔水分計による測定	C. 口腔水分計による粘膜湿度測定
↑ 4	正常範囲で, 乾燥傾向あり,	正常範囲で, 28.0~29.5は乾燥傾向あり,
84 図 I-4-8	(図中) 頭の角度	(削除)
図 I-4-9	(図中) 頭の角度	(削除)
96 ↑ 5	下顎第二大臼歯やB(B)の治療の際に,	下顎第二大臼歯や第一乳臼歯(乳側切歯)の治療の際に,
104 図 I-4-64	歯肉圧排用糸除去	(写真差し替え)
108 図 I-5-1	(図説) ⑯セルフエッチングプライマーなど (図説) ⑳ボンディング材,	⑯セルフエッチング材など ⑳セルフエッチングプライマー, ボンディング材,
109 手順5	(中段) 歯間分離器(セパレーター), くさび	歯間分離器(セパレーター), ウェッジ
110 手順6	(中段) 高速回転切削具(ダイヤモンドポイントバー, カーバイドバー, 5倍速コントラアングルハンドピース, コントラアングルハンドピース, MI用ダイヤモンドポイント)	高速回転切削具(ダイヤモンドポイントバー, カーバイドバー, 5倍速コントラアングルハンドピース, コントラアングルハンドピース, エアタービンハンドピース, MI用ダイヤモンドポイント)
手順8	(左段) 隔壁の調整(試適と装着) 複雑窩洞を単純化し, 修復材料を充填しやすくし,	隔壁の調整(試適と装着) 歯間分離器を撤去する. 複雑窩洞を単純化し, 修復材料を充填しやすくし,

手順9	(左段)接着前処理 セルフエッチングプライマーシステムの場合セルフエッチングプライマーの塗布 ブライミング後はエアブローを確実に行う (中段)混和皿(プラスチック皿) マイクロブラシ セルフエッチングプライマー エッチングジェル ・プライマーを混和皿に適量滴下する。 ・マイクロブラシにプライマーをしみ込ませ、歯科医師に渡す。	接着前処理 セレクトイブエッチングを行う場合もある。 (写真削除)
111 手順10	(左段)ボンディング材の塗布 ボンディング材を窩洞壁面に塗布 エアを軽く吹き付けて均一層にする 光照射 (中段)混和皿(プラスチック皿) マイクロブラシ ボンディング材 (右段)・ボンディング材を混和皿に適量滴下する。 ・マイクロブラシにボンディング材をつけて、歯科医師に渡す。	セルフエッチングプライマーの処理とボンディング材の塗布 ・セルフエッチングプライマーを塗布 ・マイルドブローで均一層にする ・ボンディング材を窩洞壁面に塗布 ・マイルドブローで均一層にする 光照射 混和皿(プラスチック皿) マイクロブラシ セルフエッチングプライマー ボンディング材 (写真差し替え) ・プライマーを混和皿に適量滴下する。 ・マイクロブラシにプライマーをしみ込ませ、歯科医師に渡す。 ・ボンディング材を混和皿に適量滴下する。 ・マイクロブラシにボンディング材をつけて、歯科医師に渡す。
手順11	(中段)レジンペースト レジン充填形成器 シリンジ (中段、写真の下に追加)	レジンペースト レジン充填形成器 練和紙 シリンジ 練和紙 (練和紙の写真追加)
手順13	(左段)歯間分離器およびラバーダム防湿の除去 (右段)＊ラバーダムシートの歯間部分をハサミで切り取り、一挙に防湿を撤去する。	ラバーダム防湿の除去 ＊ラバーダムシートの歯間部分をハサミで切り取り、ラバーダムクランプフックセブスを用いて一挙に防湿を撤去する。
112 手順14	形態修正用ダイヤモンドポイント 仕上げ用カーバイドバー	形態修正用ダイヤモンドポイント 仕上げ用カーバイドバー
115 手順4 手順6と7の間 手順7	ラバーダム防湿セット 隔壁調整器具一式(試適と装着) (追加) ・歯肉溝に適した歯肉圧排糸を選択し、	ラバーダム防湿用器具一式 隔壁調整器具一式(試適と装着) (診療の手順) ラバーダム防湿の除去 (以降手順の番号1つずつずれる) ・歯肉溝に適した歯肉圧排用糸を選択し、
116 手順10	・カートリッジタイプの咬合採得用シリコンラバー印象材を渡す。	・カートリッジタイプの咬合採得用シリコンゴム印象材を渡す。
120 図 I-5-3	(図説)③リアクター、④歯肉保護レジン、	③専用の歯肉保護用レジン、④リアクター
124 ↓9 ↑5 ↑3	②断髄法、 根管の罹患歯髄をすべて除去し、根尖歯周組織への炎症の拡張を予防する目的で行う。 局所麻酔下で患部の歯髄をすべて除去する方法である。	②生活断髄法、 局所麻酔下で根管の罹患歯髄をすべて除去し、根尖歯周組織への炎症の拡張を予防する目的で行う方法である。 (削除)
125 図 I-5-4	(図説)基本セット[1デンタルミラー、2充填器(ストッパー)、 (図説↑1)22紙練板、23金属製スパチュラ	基本セット[1デンタルミラー、2練成充填器(ストッパー)、 22練和紙、23金属製スパチュラ
126 手順2	(左段)ラバーダム防湿と術野の消毒 術野の消毒と交互洗浄 乾燥 (中段)ラバーダム防湿用器具一式 0.5～5.25%次亜塩素酸ナトリウムシリンジ 3%過酸化水素水シリンジ 滅菌された練球 (中段の写真の下)	ラバーダム防湿 術野の消毒 ラバーダム防湿用器具一式
手順3	う窩の開拓と感染歯質の除去 フィッシャーバーにてう窩の開拓 ラウンドバーにて感染歯質(軟化象牙質)の除去 術野の消毒	う窩の開拓と感染象牙質の除去 フィッシャーバーにてう窩の開拓 ラウンドバーにて感染象牙質(軟化象牙質)の除去
手順4	(左段)術野の消毒 (使用器材)0.5～5.25%次亜塩素酸ナトリウムシリンジ 3%過酸化水素水シリンジ (右段)・切削後、洗浄時のバキューム操作を行う。	(削除) (削除) ・切削後のバキューム操作を行う。
手順6	(左段)根管口明示 0.5～5.25%次亜塩素酸ナトリウム溶液と3%過酸化水素水との発泡洗浄を行う (中段)0.5～5.25%次亜塩素酸ナトリウムシリンジ EDTA製剤 滅菌生理食塩水 滅菌綿球 3%過酸化水素水シリンジ (右段)・洗浄時のバキューム操作を行う	根管口明示 (削除) (写真削除) ・根管清掃時のバキューム操作を行う
127 手順6(つづき)	根管内吸引用器具 EDTA製剤 次亜塩素酸ナトリウム (写真:左)次亜塩素酸ナトリウム溶液	根管内吸引用器具 (根管清掃薬) ①次亜塩素酸ナトリウム ②EDTA製剤 ①次亜塩素酸ナトリウム溶液

	(写真:右)BDTA製剤	②BDTA製剤
128 手順12	(中段)3%過酸化水素水	(削除)
129 手順13	(写真:左の下)	根管低吸引用器具
	(写真:右の下)	ペーパーポイント
手順14	(中段の写真の下)フェノール系	フェノール系根管消毒薬
手順15	(中段)紙練板	練和紙
131 図 I-5-5	(図説)24根管用プラグー, 25紙練板,	24根管用プラグー, 25練和紙,
133 手順4	(中段)3%過酸化水素水シリンジ	(削除)
	(右段)・シリンジに, 0.5~10%次亜塩素酸ナトリウム溶液をそれぞれ吸引する。	・シリンジに, 0.5~5.25%次亜塩素酸ナトリウム溶液をそれぞれ吸引する。
手順6	(中段)紙練板, 金属製スパチュラ	練和紙, 金属製スパチュラ
134 手順7	(右段, 写真の下)マスターポイントにシーラーをつけて手渡す	根管充填用ピンセットでマスターポイントを把持し, シーラーをつけて手渡す
手順8	(左段, 写真の下)アクセサリポイントを手渡す	根管充填用ピンセットでアクセサリポイントを把持し手渡す
136 手順12	(右段)・エックス線写真撮影の介助を行う。	・エックス線撮影の介助を行う。
137 図 I-5-6	(図中)	(番号6と6の位置移動)
139 手順7	(中段)MTAセット	MTAセメント
	(中段, 左下の写真の下)	MTAセメント
	(中段, 右下の写真の下)	滅菌ガーゼ
142 図 I-5-7b	フラップ手術(FOP)の準備器材	フラップ手術(FOP)の準備器材(つづき)
147 手順13	(右段, 写真:上)	(差し替え)
151 ↑5	架工義歯, 橋義歯ともよばれる。	(削除)
↑2	そのため, 診療室だけでなく歯科技工士と	そのため, 歯科医師だけでなく歯科技工士と
152 手順2	(中段)ガーゼ	滅菌ガーゼ
153 手順2	(中段)シリコーンラバー印象材(パテタイプ,	シリコーンゴム印象材(パテタイプ,
	(中段, 写真の下)シリコーンラバー印象材	シリコーンゴム印象材
手順3	(中段)咬合採得用シリコーンゴム,	咬合採得用シリコーンゴム印象材,
	(中段, 写真の下)①咬合採得用シリコーンゴム	①咬合採得用シリコーンゴム印象材
155 手順5	(中段)仮着材, 練板, スパチュラ,	仮着材, 紙練板, スパチュラ,
	(中段, 写真の下)②練板	②紙練板
156 手順6	(中段, 追加)	探針(エクスプローラー)
	(左段)・辺縁適合度はエクスプローラー,	・辺縁適合度は探針(エクスプローラー),
157 技工操作	(右の画像の下)	技工指示書
160 手順8	(中段)義歯, プレッシャーインジケーターペースト(PIP), 咬合紙, 咬合紙ホルダー,	義歯, シリコーンゴム適合試験材, 紙練板, スパチュラ, 咬合紙, 咬合紙ホルダー,
178 ↑3	局所麻酔薬には全身麻酔薬や催眠薬, 抗不安薬, 鎮痛薬のような中枢神経抑制作用がないため,	局所麻酔薬を局所の組織に適切に注射した場合には全身麻酔薬や催眠薬, 抗不安薬, 鎮痛薬のような中枢神経抑制作用は発現しないため,
193 図 I-5-30	(図中)緊急対応システムへの出勤要請	緊急対応システムへの出勤要請
196 ↓12	う蝕リスクなどを検査する。	う蝕・歯周病リスクなどを検査する。
↑17	矯正治療が開始できる基準になるまで	矯正歯科治療が開始できる基準になるまで
197 ↓11	(3)矯正治療中(定期的な来院時)	(3)矯正歯科治療中(定期的な来院時)
199 ↑2	スムーズな補助・介助が求められる	スムーズな診療補助・介助が求められる
202 手順9	(左段, 1番下の写真)	(写真差し替え)
	(右段)・余剰分を切断するときは, アーチワイヤーを	・余剰分を切断するときは, リガチャーワイヤーを
204 手順10	(中段)切断:ディスタルエンドカッター-シンチバック, シンチバックブライヤー	切断:ディスタルエンドカッター, シンチバックブライヤー
	(右段↓4)ディスタルエンドカッターは切断したアーチワイヤーが先端に保持されるため, ガーゼなどで口腔外へ取り出したことを拭き取り確認する。	ディスタルエンドカッターの先端には切断したアーチワイヤーが保持されるため, 使用後ガーゼなどで拭き取り切断片を口腔外へ取り出したことを確認する。
206 手順2	(中段)カーバイドパー	カーバイドパー
	(右段↑2)ガーゼで歯尖方向に歯を押しながら行う。	ガーゼで根尖方向に歯を押しながら行う。
222 図 I-5-45	(図説)④充填器	④練成充填器
手順1	(中段の写真の下)	生体情報モニタ
225 手順6	(中段の写真の下)	バイトブロック
232 ↓10	2020年時点で歯科訪問診療を実施している歯科医療機関は23,707施設であり, 全体の34.9%にあたる。歯科訪問診療を実施している歯科医療機関は年々増加してきている。	2023年9月時点での医療保険等による在宅サービスを実施している歯科診療所は, 22,674施設(歯科診療所総数の33.9%)。また介護保険による在宅サービスを実施している歯科診療所は, 11,698施設(歯科診療所総数の17.5%)となっている。
242 図 I-6-16	(図中)	(写真差し替え)
250 CLINICAL POINT	(左段↓2)ターミナルケアにおける歯科としてのかかわりについて家族や多職種と	歯科としてターミナルケアにかかわる際には, 家族や多職種と
255 表 I-7-1	(表中「特徴」↓3段目)・弾性があるため, (モデリングコンパウンドと比べると)	・弾性があるため, (コンパウンドと比べると)
	(表中「特徴」↓4段目)・弾性ひずみ大きい	・永久ひずみ大きい
259 図 I-7-18	(図中)局部床	部分床
266 図 I-7-61	(図説)口腔内に挿入後, 圧接する。トレーの保持孔から十分パテを溢させ, 指に凹状にする。この概形印象は,	口腔内に挿入後, 圧接する。トレーの保持孔(穴)からあふれ出たパテを指で軽く押しつぶして広げる。この概形印象は,
276 側注	・水温を高くする(10~40℃。60℃以上では逆に短くなる)	・水温を高くする(10~40℃。60℃以上では逆に長くなる)

284	側注	HEMA(2-ヒドロキシエチルメタクリレート) MMA(メチルメタクリレート) PMMA(ポリメチルメタクリレート) UDMA(ウレタン系ジメタクリレート)	HEMA(2-ヒドロキシエチルメタクリレート) MMA(メチルメタクリレート) PMMA(ポリメチルメタクリレート) UDMA(ウレタン系ジメタクリレート) Bis-GMA(ビスグリシジルメタクリレート)
	表 I-7-5	(表中「操作方法」↑1段目)分割練和(JIS規格・ADA規格)	分割練和(JIS(日本作業規格), ADAS(米国歯科医師会規格))
285	↑6	水分はセメントの硬化を促進するため,	水分はセメントの硬化を促進することがあるため,
286	図 I-7-138	プラスチック製スパチュラの把持	図 I-7-139 プラスチック製スパチュラの把持
	図 I-7-139	金属性スパチュラの把持	図 I-7-138 金属性スパチュラの把持
296	↑1	流動性が得られるため, 充填器で賦形して使用する。	流動性が得られるため, 練成充填器で賦形して使用する。
297	↓14	3ステップ法	3ステップシステム
	↓17	2ステップ法	2ステップシステム
	↓20	④セルフエッチングシステム(2ステップ法)	④セルフエッチングプライマーシステム(2ステップシステム, セルフエッチングシステム)
	↑14	(1ステップ法)	(1ステップシステム)
300	図 I-7-174B	(新規追加)	図 I-7-174B CRシリンジ 先端のノズルにセメント泥を充填し, 窩洞へ直接填入する。ノズルはディスプレイポータブル(使い捨て)である。 (図 I-7-174は図 I-7-174Aに)
	↑4	セメント充填器もしくはレジン充填器などを用いて填塞・賦形する(図 I-7-174)。	セメント充填器もしくはレジン充填器などを用いて填塞・賦形する(図 I-7-174A)。CRシリンジ(図 I-7-174B)へセメント泥を充填し, 窩洞へ填入する場合もある。 (差し替え)
311	図 I-7-226	(写真)	(差し替え)
	図 I-7-228	(写真)	(差し替え)
316	到達目標	⑫産科・婦人科系疾患	⑫産科(妊娠)・婦人科系疾患
	↓2	2022年, 我が国の高齢化率は28%を示し,	2024年, 我が国の高齢化率は29%を示し,
	↑2	ここに示すような後期高齢者の受療率の低下がある。	ここに示すような75歳以上の後期高齢者の受療率の低下がある。
317	↓1	糖尿病は5人に1人, 高血圧は	糖尿病は4人に1人, 高血圧は
	↑13	我が国では成人の5人に1人がこの疾患に罹患,	我が国では高齢者の4人に1人がこの疾患に罹患,
	↑3	近年, 歯周疾患との関連が注目されている。	近年, 本疾患と歯周疾患には強い関連のあることがわかってきた。
318	表 II-1-1	血液検査基準値 (表中)空腹時血糖	糖尿病に関する検査値 空腹時血糖値
	CLINICAL POINT	(右段)ただちに, ブドウ糖(またはショ糖)を経口または	ただちに, ブドウ糖(10g)(またはショ糖)(20g)を経口または
319	側注	(「*BP製剤」↑2)壊死をMRONJとよんでいます。	壊死を加えてMRONJとよんでいます。
	↑17	侵襲的歯科治療を行う際には	拔牙などの外科処置を行う際には
320	↓10	・ヨードの摂取制限について確認し, 消毒薬, 含嗽薬や,	・ヨードを含む消毒薬, 含嗽薬や,
	↓17~21	GERDは自覚症状や食道粘膜の色調変化のみで炎症(びらん*)を伴わない非びらん性胃食道逆流症(NERD: Non-erosive reflux disease)と, 内視鏡検査により食道にびらんをみとめる逆流性食道炎に分類される。また通常は扁平上皮である食道の粘膜が, 繰り返す炎症により口状上皮に置換された状態をバレット食道という。	(削除)
	側注	*びらんと潰瘍組織の欠損が粘膜層に限局したものをびらん, 粘膜層より深部に至る欠損を潰瘍といいます。	(削除)
321	側注		*NSAIDs Non-Steroidal Anti-Inflammatory 非ステロイド性抗炎症薬でアスピリン, ロキソプロフェン, ジクロフェナクナトリウム, スフェナム酸, インドメタシンなどがあります。 NSAIDsによる消化器症状の増悪に注意する。
	↓6	NSAIDsによる症状の増悪に注意する。	NSAIDsによる消化器症状の増悪に注意する。
	↓7	抗血栓薬や糖質ステロイド,	抗血栓薬(抗凝薬・抗血小板薬)や糖質ステロイド,
322	側注	(新規追加)	*姑息手術と根治手術 成長を待つ間の肺や心臓への負担を減らすために姑息手術を行い, 根本的な手術(根治手術)に臨みます。
323	側注	(新規追加)	*寛解 完全に治った「治癒」とは異なり, 症状や検査値の異常が一時的に消失した状態をいいます。
	↓9	脳梗塞を起こす危険性が高くなるため,	脳梗塞や心筋梗塞を起こす危険性が高くなるため,
324	↑12	上は本態性高血圧である。	上は原因がはっきりしない本態性高血圧である。
325	↓3	・アドレナリンを含む局所麻酔薬は血圧を上昇させるため, 用量を制限するか使用を避ける。 ・抗凝固薬・抗血小板薬などを服用している場合は, 易出血性に注意する。	・菌肉増殖, 口腔乾燥, 味覚障害が薬剤によるものと考えられる場合には, 処方医に薬剤の変更を提案することもある。 ・アドレナリンを含む局所麻酔薬は血圧を上昇させるため, 用量を制限するか使用を避ける。 ・抗血栓薬などを服用している場合は, 易出血性に注意する。
	↓14	・不安や緊張を軽減するため, ラポール形成に努め,	・不安や緊張を軽減するため, 信頼関係の確立(ラポール形成)に努め,
326	表 II-1-4	(表中「血球成分」)白血球数の減少 赤血球数の減少 血小板数の減少	白血球数 赤血球数 血小板数
327	表 II-1-5	(表中↑1段目)経管栄養チューブ, 術後	経管栄養チューブ, 各種の手術後
	側注	(「*院内肺炎」↑2)全身症状を呈します。	全身症状を引き起こします。
328	↓13	重積する場合はアドレナリン(ボスミン®)を静脈内投与する。	重積(長く続いたり重症になったりすること)する場合はアドレナリン(ボスミン®)を静脈内投与する。
	↑13	ほか在宅酸素療法, 気管支拡張薬や吸入ステロイド薬などの薬物療法。	ほか在宅酸素療法, 人工呼吸療法(NPPV・NHFなど), 気管支拡張薬や吸入ステロイド薬などの薬物療法。

側注	(新規追加)	*NPPV(Non-Invasive Positive Pressure Ventilation)非侵襲的陽圧換気療法 口や鼻のマスクから一定の陽圧で空気を送り込む方法で、持続的に働くCPAP(P32a)や、患者の自発呼吸に合わせて自動的呼吸と吸気の圧が調整されるBIPAPなどがあります。 COPDではBIPAPが用いられます。 *NHF(Nasal High-flow)ネーザルハイフロー 専用の鼻カニューレを介して加湿した高流量の酸素や空気(または混合ガス)を併給し、肺の負担を軽減します。 気道内の死腔にたまったCO <sub>2</sub> を洗い流し、またわずかな陽圧により肺をしぼみにくくする効果があります。 マスクを使用しないため、食事や会話などQOLが維持される点も特徴です。
↑4	・パルスオキシメータでSpO <sub>2</sub> をモニタリングし、必要に応じ酸素を吸入させる。	・パルスオキシメータでSpO <sub>2</sub> をモニタリングし、必要に応じ酸素を吸入させる。
↑1	適宜深呼吸を促し、注水下の処置では	適宜深呼吸(口すぼめ呼吸や腹式呼吸)を促し、注水下の処置では
329 ↓2	・呼吸器感染症の重症化リスクが高いため、 (*CPAP)鼻のマスクから、一定の陽圧で空気を送り込むことで気道を確保する方法です。 吸気と呼気それぞれに圧力を変化させるBIPAPという方法もあります。 (*アナフィラキシーショック↓10)により生命を脅かすこともあります。	・肺炎など呼吸器感染症の重症化リスクが高いため、 鼻のマスクから、一定の陽圧で空気を持続的に送り込むことで気道を確保する方法です。
331 側注	(*CPAP)鼻のマスクから、一定の陽圧で空気を送り込むことで気道を確保する方法です。 吸気と呼気それぞれに圧力を変化させるBIPAPという方法もあります。 (*アナフィラキシーショック↓10)により生命を脅かすこともあります。	が起ります。
332 図II-1-5	(図中)	(左の写真に囲み追加)
側注	*掌蹠膿疱症 手掌(手のひら)や足底(足のうら)に膿疱が生じる原因不明の疾患です。	*掌蹠膿疱症 手掌(手のひら)や足底(足のうら)に膿疱が生じる原因不明の疾患です。 歯科においては金属アレルギーだけでなく、歯周病や根尖病巣など過
335 ↑17	・確実にスタンダードプリコーションを実施し、	・確実に標準予防策(スタンダードプリコーション)を実施し、
↑3	(後述のように死亡率は減少している)	(削除)
側注	*扁平苔癬 炎症性の病変で口腔領域では、舌や頬粘膜に好発します。左右対称の白いレース模様の病変が特徴で、赤くたれて痛みを伴う場合もあります。前がん病変ともいわれています。また、扁平苔癬患者の	*扁平苔癬 炎症性の病変で口腔潜在的悪性疾患に含まれます。口腔領域では、舌や頬粘膜に好発し、左右対称の白いレース模様の病変が特徴で、赤くたれて痛みを伴う場合もあります。また、扁平苔癬患者の
336 ↓16	・スタンダードプリコーションを徹底する。	・標準予防策(スタンダードプリコーション)を徹底する。
337 図II-1-6	(図中)	(写真に囲みと矢印追加)
↓7	2022年5月に5類感染症に移行されたが、	2022年5月に5類感染症に移行された(表II-1-9)が、
338 CLINICAL POINT	エアロゾル感染と空気感染 くしゃみや咳嗽によって排出されるしぶきには、飛沫(5μm以上)とエアロゾル(5μm以下)があります。～ 3時間程度エアロゾル内に生存し空気中に浮遊して感染力をいじることがわかっています。	飛沫感染と空気感染 くしゃみや咳嗽によって排出されるしぶきを飛沫(直径5μm以上)といい、水分を多く含んで重いため、1～2mで落下します。一方で、水分の少ない小さな飛沫はエアロゾルともよばれ、一定時間空中を漂い感染力を維持します。新型コロナウイルスは、換気の悪い密閉された空間で3時間程度残存することがわかっており、感染拡大の一因になります。また、完全に水分が蒸発した状態を飛沫核(0.1～5μm)といい、さらに軽いため長時間、広範囲に浮遊し、強い感染力を発揮します。この飛沫核による感染を空気感染といい、代表的な感染症に、結核、麻疹、水痘があげられます。
	(コラムの下にある「空気感染」「エアロゾル感染」「飛沫感染」)	(削除)
	(イラスト)	(「飛沫核」「エアロゾル」「飛沫」追加)
339 ↓10	SpO <sub>2</sub> をモニタリングし、患者の状態に気を配る。	SpO <sub>2</sub> をモニタリングする。
↑6	人から人へ伝播する能力をもったウイルスに	人から人へ伝播する能力をもったウイルスに
340 ↑10	糖尿病や高脂血症の患者に多く、	糖尿病や脂質異常症の患者に多く、
341 図II-1-8	(図中、心臓から出ている矢印に吹き出し追加)	(吹き出しの中)心臓でできた血栓が、血流ののって脳へ運ばれる
CLINICAL POINT	(右段↓2)T:Time to act fast ただちに対応 どれか1つでも当てはまる場合は、脳梗塞の可能性が高いので、速やかに救急搬送します。	T:Time(発症時点)ただちに救急搬送 R, A, Sどれか1つでも当てはまる場合は、脳梗塞の可能性が高く、速やかな対応が予後に影響します。
343 ↓6	2025年には65歳以上の5人に1人が罹患するともいわれている。	軽度のものを含めて65歳以上の4人に1人が罹患するといわれている(2022年で27.8%)。
↓9	多くの病型で必ず現れる症状を中核症状といい、全般性注意、遂行(実行)機能、記憶、見当識、視空間認知の障害、失語、失行、社会的認知の障害などがあげられる。さらに身体・心理・環境的要因により周辺症状(BPSD)*が出現することもある。	症状は、認知機能障害とBPSD(行動・心理症状)*に大別され、認知機能障害には、記憶障害、見当識障害、実行(遂行)機能障害、問題解決能力の障害、判断力の障害、失語・失行・失認などがあげられる。さらに身体・心理・環境的要因によりBPSDが出現することもある。
側注	*周辺症状(BPSD):	*行動・心理症状(BPSD):
344 ↓8	脳黒質のドパミン神経が徐々に変性脱落する結果、随意運動を調整する大脳基底核系におけるドパミン欠乏が起こり錐体外路系の障害が發生する進行性の疾病である。 (新規追加)	脳黒質のドパミン神経の変性脱落により、ドパミン欠乏が起こり、随意運動の調整が困難になる進行性の疾病である。
側注		*wearing-off現象 薬の効果が切れると症状があらわれることです。 *on-off現象 薬を飲むタイミングとは無関係に症状があらわれることです。
↑2	舌を確実に圧排する。	舌や頬粘膜を確実に圧排する。
345 ↓12	ブラキシズムにより咬耗や動揺、	ブラキシズムにより歯の咬耗や動揺、
346 ↑5	抑うつ性症状は心理療法や対症療法、	抑うつ性症状は心理療法や対症療法、
347 ↓3	常など多岐にわたり、MUS*であることも多い。	常など多岐にわたり、医学的に説明できない症状(MUS(Medically Unexplained Symptom, 不定愁訴))であることも多い。
側注	MUS(Medically Unexplained Symptom) 医学的に説明できない症状	(削除)
↓10	歯科心身専門外来や、	歯科心身症専門外来や、
側注	*統合失調症と双極性障害	(削除)

348	側注	IQ50~70 軽度 IQ35~55 中等度 IQ20~40 重度 IQ20以下 最重度	IQ50~70 軽度 IQ35~60 中等度 IQ20~35 重度 IQ20以下 最重度
350	↓11 ↑12	口腔衛生管理時はPPEを正しく装着し、 前癌病変には白板症や紅板症、	口腔衛生管理時は個人防護具(PPE)を正しく装着し、 口腔潜在的悪性疾患(悪性化する可能性のある口腔疾患)には白板症や紅板症
351	↓6 ↓18 ↑3	歯や不適合補綴物、歯は研磨または除去する。 12. 婦人科疾患 リン添加のリドカイン(キシロカイン <sup>®</sup> やキシレステン <sup>®</sup> )を	歯や不適合補綴物は調整し、歯は研磨または抜歯する。 12. 産科(妊娠)・婦人科疾患 リン添加のリドカイン(オーラ注 <sup>®</sup> , キシロカイン <sup>®</sup> やキシレステン <sup>®</sup> )を
352	↓6	治療を行う際は、特に体位(左側臥位)や頻尿に	治療を行う際の体位は左側臥位として、頻尿に
358	↑8 ↑7 ↑6 ↑3 側注 図II-2-1	確定診断のための諸検査を受ける。 歯科医師、各専門医(放射線科専門医、 緩和ケア医、がん専門薬剤師、がん専門看護師等が参集されキャンサーボード(CB)*を実施する)との話し合いで治療法が提示される その提示結果を患者や家族が、同意し納得したうえで必要に応じて *キャンサーボード(CB) (図中)確定診断のための検査を実施	診断のための諸検査を受ける。 歯科医師、放射線科専門医、 緩和ケア医、リハビリテーション科医、言語聴覚士、看護師等が参集されるキャンサーボード(CB)*で提示して治療法が決定される その結果を患者や家族に説明し、必要に応じて *キャンサーボード(CB; Cancer Board) 診断のための検査を実施
359	表II-2-2	確定診断を得るため治療法の選択に必要な浸潤度を調べる方法 (表中)がんであるかどうか分かる。	確定診断や病気を得るために必要な検査法 がんであるかどうかの診断や組織系がわかる。
360	図II-2-3	(図中)・病理組織検査(生検) ・画像検査 ・紹介医師へ返書 (図中)・遠隔転移の有無など詳細に画像検査 (パントモ・CT*・MRI*・PET*) 血液検査実施 ・紹介医師に詳細返書を記載 (図中)病理検査の介助 病理組織検査の準備 ・生検の診療補助 ・生検後の止血等保健指導 ・不安感など傾聴し支援 (図中、注釈↓2)その内容に患者(家族)が納得同意し、双方の合意を情実共有するプロセス。 (図中、注釈↓5)疾病の有無や広がり、 (図中、注釈↓8)疾病の有無や広がり、他臓器への転移の有無などを調べる。縦、横、斜めなどさまざまな角度の断面を撮像できる。 (図中、注釈↑3)FDG(放射線フッ素を付加したブドウ糖)を使用し	・病理組織検査(生検) ・画像検査(パントモ・CT*・MRI*) ・紹介医へ返書 ・遠隔転移の有無など詳細な画像検査(PET*) ・全身検査実施 ・紹介医に詳細返書を記載 病理組織検査の介助 病理組織検査の準備 ・生検の診療補助 ・生検後の保健指導 ・不安感など傾聴し支援 その内容を患者(家族)が理解し、納得したうえで治療を受けることに同意するプロセス。 病変の有無や広がり、 病変の有無や広がり、他臓器への転移の有無などを調べる。放射線被曝がなく、コントラスト(濃淡)が高く鮮明な画像が得られる。 FDG(放射線フッ素を付加したブドウ糖類似物質)を使用し
361	図II-2-4 側注 ↓6 ↑6 ↑5	(図中)手術前の口腔内検査 手術の最終確認、同意書 (*NGチューブ)経管栄養が目的の軽微利用チューブと胃内容物のドレナージや胃洗浄が目的のドレイン用の胃管チューブがある 術後1~2日目から行われる。 同時期に歯科口腔外科外来に車椅子で患者に来てもらい 歯科衛生士による介助ケアを行う	手術前の口腔内診察 手術の最終確認、同意書 鼻から胃まで挿入するチューブ(管)のことで、チューブを通して栄養や薬を投与したり、胃の内容物を排出したりする。 術後1日目から行われる。 同時期に歯科口腔外科外来に来てもらい 歯科衛生士による専門的ケアを行う
362	図II-2-5 図II-2-6	(図中)~手術後入院中の外来受診まで (図中)術後5日一般病棟へ (図中)術後7日目以降2週間目 (図中)ST (図タイトル)(~手術後入院中の外来受診まで) (図説)術後ICUで集中管理が行われるd3にHCUへ移動し高度な治療が引き続き行われる (図中)口ミキサー食( ) □ソフト食 □ゼリー( ) □超軟菜 (図中)口食事形態(口ミキサー食□ソフト食□超軟菜 □MG抜去 月 日	~手術後(入院中) 術後2~6日一般病棟へ 術後1~2週間目 ST介入 (~手術後(入院中)) ICUで集中管理が行われるd3にHCUへ移動し高度な管理が引き続き行われることが多い。 口ミキサー食( ) □キザミ食 □ゼリー( ) □軟菜 口食事形態(口ミキサー食□キザミ食□軟菜 □NG抜去 月 日
363	図II-2-7 図II-2-8 側注	(図説)車椅子で歯科口腔外科外来において (図説)(SpO <sub>2</sub> )装着し歯科衛生士による口腔健康管理を実施する。 *VF: Swallowing videofluorography 嚥下造影検査	歯科口腔外科外来において (SpO <sub>2</sub> )を測定し歯科衛生士による口腔機能管理を実施する。 *VF: Video Fluoroscopic examination of Swallowing 嚥下造影検査
364	図II-2-11	(図中)術後3週間目以降 (図中)嚥下評価 VF NGチューブ抜去→経口摂取開始 栄養指導支持→管理栄養士 形成外科: 抜糸創部管理 (図中)摂食・嚥下リハビリ術後看護 食形態の見直し、食支援 退院に向けたセルフケア指導 (図中)術後等口腔機能管理 皮膚のボリュームダウン 術後の粘膜状況に合わせた個別ケアの指導 (図中)退院日決定・術後4~5週間目 (図中)術後等口腔機能管理 セルフケア指導 皮膚へのケア フッ化物塗布 退院後の予約	術後2~3週間目 嚥下評価 VF 経口摂取開始→経鼻胃管抜去 形成外科: 抜糸創部管理 摂食・嚥下リハビリ術後看護 食形態の見直し、食支援 術後等口腔機能管理 術後の粘膜状況に合わせた個別ケアの指導 退院日決定・術後3~4週間目 術後等口腔機能管理 皮膚のボリュームダウン セルフケア指導 皮膚へのケア フッ化物塗布 退院後の予約

	(図中)外来で術後フォローアップ 手術中の病理組織検査の結果と追加治療への提示	外来で術後フォローアップ 手術中の病理組織検査の結果と追加治療の必要性の説明
側注	*セルブリハビリテーション 退院後も1人で継続して自宅で入院中歯科医師や歯科衛生士、看護師、言語聴覚士と訓練した摂食・嚥下リハビリテーションと口腔機能向上のプログラムを実施する。	*セルブリハビリテーション 退院後も患者自身で継続して入院中に習得した摂食・嚥下リハビリテーションと口腔機能向上のプログラムを実施すること。
↑7	退院後も歯科口腔外科での歯科医師による術後の経過観察と併せて	退院後も経過観察と併せて
↑4	追加治療(化学放射線治療)への口腔健康管理について	追加治療(化学放射線治療)が必要となるため口腔健康管理について
365 ↓1	特に歯科口腔外科では、術後経過を見ながら再発のリスク管理を実施し、経過に問題がなければ、審美、咀嚼の回復を目指した補綴的な処置も検討する。	術後経過を診ながら再発・転移の有無を確認していき、経過に問題がなければ、審美・咀嚼機能の回復を目指した補綴処置等もかかりつけ歯科医院と連携しながら検討する。
366 ↓3	初診時に生検を実施し、扁平上皮癌の診断となった。	初診時に生検を実施し、扁平上皮癌(SCC; squamous cell carcinoma)の診断となった。その後、各種の画像検査を実施。
↓4	右側機能的頸部郭清,	右側機能的頸部郭清術,
↓9	①病院内で実施, ②連携する歯科医療機関で行う場合, ③がん治療病院内の歯科口腔外科と連携し歯科医療機関でも行う場合, の3パターンがある。	①がん治療を実施する病院内で行う場合, ②連携する歯科医療機関で行う場合, の2パターンがある。
↑6	腹部内視鏡を使用した縮小手術が増加するなど	腹部内視鏡を使用した低侵襲手術が増加するなど
↑4	入院治療ではなく、外来治療で行うことが	入院治療ではなく、外来通院治療で行うことが
↑3	地域包括医療体制の整備が進み自宅で在宅医療が続けられる環境ができるようになってきた。	地域包括医療体制の整備が進み在宅医療が受けられるようになってきた。
367 ↑9	慢性期医療を担う病院における歯科の機能評価,	慢性期医療を担う病院における口腔機能評価,
393 ↓10	①水分計による計測	①水分計による粘膜湿度測定(p.68, p.373参照)
398 付表3-1	(表中)解剖学や患者状況を考慮した部位の選定, 見筋的操作の徹底(がん化学療法など)	解剖学や患者状況を考慮した部位の選定, 無菌的操作の徹底(がん薬物療法など)
↓2		
401 ↓16	⑤注射部位を露出し, 視診, 触診して部位を決める。	⑤注射部位を露出し, 視診, 触診して留置針の刺入部位を決める。
405 中段「き」↓12	逆根管充填……137 逆パームグリップ……89	逆根管充填……137 磨待……214 逆パームグリップ……89
407 右段↓18	小児患者……54 小児歯科治療時の診療補助……206	小児患者……54 小児磨待……214 小児歯科治療時の診療補助……206

歯科材料

版刷(年月日)	第1版・第3刷(2025・1・20)	第1版・第4刷(2026・1・20)
頁 行	変更前	変更後
109 図Ⅱ-6-1	(図説)C, D: 穿通仮封: 急性化膿性歯髄炎の場合に排膿や,	(図説)C, D: 穿通仮封: 急性化膿性根尖性歯周炎の場合に排膿や,