日本語主本文翻訳（表· 図注を含む）

原題：From meekness to influence: rethinking oral health advocacy

著者：Habib Benzian、Sudeshni Naidoo

PMID：42728300。DOI：10.1038/s41415-026-9647-1

原文：https://www.ebi.ac.uk/europepmc/webservices/rest/PMC13569443/fullTextXML

原著著作権表示：© The Author(s) 2026

原著· 翻訳の利用条件：CC-BY-4.0 https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

AI翻訳。独立AI原文レビュー済み。歯科医師による監修は実施していない。原図· 図中文字· 別ファイルの補足資料を含まない。日本語への翻訳という改変を加えた。

表中の結合セルは元の値を繰り返して表示する。

原著の書誌情報· 著者情報

掲載誌: British Dental Journal

巻: 241

号: 5

頁: 339-343

著者· 所属：Habib Benzian（所属41415740821001）

著者注記：Habib Benzian（✉）

責任著者：Habib Benzian

著者· 所属：Sudeshni Naidoo（所属41415740821002）

弱さから影響力へ：口腔保健アドボカシーを再考する

抄録

口腔保健は、声の大きい世界保健の場において、依然として小さな声である。他の医療分野は、連合、目標、ガバナンス、権利として保障される給付を確保してきたが、口腔保健はしばしば、象徴的な包摂とパイロット· プロジェクトで甘んじている。本稿は、「弱さ」を、慎重さ、恭順、政治的レバレッジの欠如によって特徴づけられる、口腔保健アドボカシーの構造的な姿勢の比喩として用いる。弱さは、専門職の声、制度的プラットフォーム、学術文化、市民社会における位置づけという4つの領域にわたって表れる。これらは、影響力よりも可視性を優先する構造をつくる。専門職団体は公的な言説を支配しているが、臨床上および商業上の利害と密接に結びついている。脆弱な市民社会と集団語法的なレトリックは慎重なアドボカシーを強化し、慈善活動と啓発キャンペーンは構造改革の代替となっている。学術上のインセンティブは、外部に開かれた研究と公共知識人としてのリーダーシップを抑制し、分析的· 市民的な圧力を弱める。これらの要因が相まって、大きな疾病負担と予防を支持する強いエビデンスがあるにもかかわらず、ユニバーサル· ヘルス· カバレッジにおける周縁性を維持している。本稿は、完全な承認が何を伴うかを概説する。それは、定義された必須サービス、安定した財源、プライマリ· ヘルスケアに基づく提供、多様な人材モデル、商業的決定要因に対する規制措置である。弱さから力へ移行するには、給付、予算、規則を明示的に要求し、より強い市民社会との連携を築き、システム全体の変革の一部として公的な論考を評価する学術文化が必要である。

要点

口腔保健アドボカシーは、専門職、制度、学術、市民社会の各領域において、システム全体に及ぶ影響力を伴わない象徴的包摂という、構造的な弱さによって形づくられている。

弱さは、脆弱な市民社会の声、慎重なレトリック、構造改革に代わる慈善活動を通じて、保健政策における周縁性を持続させる。

力への移行には、給付、予算、規則に対する明示的な要求と、より強い市民社会との連携および公衆に開かれた学術的リーダーシップが必要である。

41415740821001西ケープ大学（南アフリカ、ケープタウン）；チュラロンコン大学（タイ、バンコク）；シドニー大学医学· 保健学部シドニー歯学部（オーストラリア、シドニー）

41415740821002西ケープ大学地域歯科学講座WHO口腔保健協力センター（南アフリカ、ケープタウン）

✉

責任著者。

PMC公開日：2026年9月13日

原著公表日：2026年9月11日

受領 2025年10月22日；改訂 2026年1月16日；受理 2026年1月22日；号発行年 2026年。

序論

口腔保健は、声の大きい世界保健の場において、依然として小さな声である。他の世界保健コミュニティが幅広い連合を築き、目標を設定し、ガバナンス構造をつくり、権利として保障される給付を確保してきたのに対し、口腔保健はしばしば、サイドイベント、ワーキンググループ、パイロット· プロジェクトへの礼儀的な招待で甘んじている。本分析において、「弱さ」は性格特性ではなく、世界保健アドボカシーにおける口腔保健分野の構造的な姿勢の比喩である。ここでいう弱さは、意図、努力、専門職としてのコミットメントを表すものではなく、参加と可視性が、規則、予算、拘束力のある決定に対するレバレッジと弱くしか結びついていない、権力とのパターン化された関係を表す。この用語は政策言説ではほとんど使われないが、恭順、慎重さ、権力を主張することへのためらいによって特徴づけられる、システム全体に及ぶ影響力を伴わない象徴的存在というパターンを的確に捉えている。

口腔保健アドボカシーにおける弱さは、専門職の声、制度的プラットフォーム、学術文化、市民社会における位置づけという4つの領域にわたって持続している。これらは相まって、精確さよりも礼儀正しさを、力よりも可視性を好む、弱いアドボカシーの反復的な構造を形成する。数十年にわたり、口腔保健アドボカシーの主な声は、政策や保健システム改革の内部からではなく、ほぼ全面的に歯科領域内および臨床業務に根ざした学術関係者から発せられてきた。これらの関係者は、自らが挑戦する必要のある当の仕組みと、構造的に結びついていることが多い。このことは、大きな疾病負担と予防を支持する強い工ビデンスがあるにもかかわらず、ユニバーサル· ヘルス· カバレッジにおける口腔保健の持続的な周縁性、慢性的な資金不足、高額な自己負担支出を説明する一助となる。したがって本稿で検討する問題は、変化の速さではなく、政策上の承認と技術的コンセンサスを、持続的な権限とシステムレベルの行動へ確実に変換する仕組みがないことである。

弱さから力へ移行するには、より鋭い政治戦略、より明確なビジョン、そして給付、予算、規則に対する明示的な要求が必要である。[1], [2], [3] この主張は、近年の口腔保健に関する前例のない規範的· 政策的進展を背景としてなされており、過去数十年と比べて世界的な承認が質的に変化したことを示している。この期間に、世界保健機関は口腔保健に関する世界的な規範設定とアジェンダ形成を主導し、その後、他の多くの組織とステークホルダーがそれぞれの戦略とコミットメントを合わせてきた。

しかし、ヒト免疫不全ウイルス (HIV) 、たばこ規制、妊産婦保健における画期的な進展とは異なり、2021年以降に確立された現代の世界口腔保健政策の構造は、組織化された市民社会の要求によって推進されたものではなかった。それは、口腔保健に関するLancetシリーズのような、学術的· 技術的プロセスから生まれた。[1], [4], [5], [6], [7], [8] 持続的な外部圧力がない状況で策定された政策が、十分な財源や公的説明責任を確保することはまれである。それは可視性をもたらすことはあっても、変革する力を伴わないことが多い。

その結果、近年の決議、世界戦略、委員会、高位宣言が口腔保健に関する密な政策構造を生み、重要ではあるが例外的な進展例をしばしばもたらしているにもかかわらず、中心的な問いが残る。なぜこの構造は、それに見合う持続的な主流の権限、財源、強制力のある給付を伴わない承認をもたらしたのか。これらの進展は実現可能性と潜在力を示しているが、その例外的な性質は、蓄積された工ビデンスと孤立した進展が、なぜシステム全体へのアクセス、保護、格差の持続的な縮小へと転換されていないのかも示している。

本分析では、アドボカシーを、政治戦略、公的説明責任、制度的圧力を通じて具体的な要求を言語化し、推進する行為と理解する。[9] これに対し、弱さはこのあり方から退く。それは象徴的な身振りと技術的コンセンサスを優先する。レバレッジではなく受容を求め、拘束力のある主張よりも礼儀正しい要請を好み、正確な給付、財政メカニズム、変革をもたらす拘束力のあるガバナンス手段を示すことはほとんどない。

専門職の声、集団語法、そして欠けている公衆

多くの保健システムにおいて、口腔保健は政府の計画策定と意思決定プロセスの周辺に位置し、見落とされるか完全に排除される危険に常にさらされている。この分野の公的な声は、制度的な弱さのパターンを反映しており、根底にある不均衡に異議を唱えたり別の優先事項を主張したりするよりも、既存の構造に合わせる傾向がある。このような慎重さは、アクセスと関係を維持するかもしれないが、保健システム設計における位置を周辺から中核へ移す分野の能力も制限する。他の優先事項と同等の水準で完全な統合と承認を要求する代わりに、アドボカシーはパイロットと漸進的な調整を通じて、周縁部への包摂を懇願することが多い。この防御的な姿勢は、制度的生存の観点からは合理的であるものの、弱さのより深い定着を反映している。それは長期的な構造的影響力を短期的な適応と引き換えにし、より広い保健アジェンダにおける口腔保健の周辺的地位を強化する。それでも、専門職が特権的な地位を持つのは、第一に公衆に奉仕する限りにおいてのみである。[10] アドボカシーのアジェンダが、人口のニーズより経済的利益、商品関連の利益、または美容上の利益を優先すると、信頼性は低下する。[11], [12]

口腔保健における独立した市民社会が脆弱であるため、専門職団体がデフォルトで公的な声となっている。しかし、その声には制度的な弱さの刻印がしばしばあり、臨床上の義務を商業的利益から切り離すことが課題となっている。[13] 歯科は、疼痛、感染、機能などの緊急のニーズに対応するが、選択的で外見志向のサービスをめぐる消費者市場にも組み込まれている。審美性は、決して本質的に不適切なものではない。重要な区別は、ニーズの充足とニーズの創出である。専門職の語りとマーケティングが健康と経済を曖昧にしたり、正常な変異を医療化したりすると、アドボカシーは公衆のための声から移り、市場の反響となる危険がある。[14], [15]

内部の力学が問題をさらに悪化させる。多くの状況で、集団語法は統一された慎重な公的方針を生み出す。語彙はおなじみのものである。口腔保健は軽視されている、統合が必要である、予防は良い。[16] これらの定型句は、内部の意見の相違を避け、民間の高コストなケアモデルへの加担を含む、政治的に敏感なトレードオフを回避する、弱いレトリックの型を反映している。特に予防は、定義も説明も運用化もされないまま主張されることが多い。その喚起は美徳のシグナルとなるが、予算、規則、サービスを形づくるのに必要な具体性を欠いている。その結果は、完全な統合が何を意味するかという具体的なビジョンを伴わない、軽視の枠組みである。

不可欠で保障されるサービスはどれか

壊滅的な支出を減らすため、財源はどのように流れるべきか

どのような業務範囲、チームモデル、プライマリ· ケアのプロトコルが必要か

どのガバナンスおよび説明責任の仕組みがコミットメントを拘束するのか。

このような具体性がなければ、アドボカシーは、変革を求める緊急の要求ではなく、一連の問題の列挙にとどまる。[17] これらの問いを提起すれば、集団語法が抑え込もうとする専門職内部のトレードオフが明らかになる。

口腔保健アドボカシーの弱さは、専門職上のものだけでなく、市民社会におけるものでもあり、強力な患者運動がないことによって強化されている。[18] 口腔疾患は、歯の欠損や未治療のう蝕など、目に見える徴候を残す。これらは、しばしば制度全体に根ざした軽視の症状ではなく、個人の失敗として描かれる。[19] この枠組みは恥と自己非難を助長し、組織化して市民社会の言説に参加しようとする公衆の動機を弱める。HIV

やがんとは異なり、口腔保健の専門家集団には、不作為を政治的に高くつくものにする、広範な基盤を持つ連合が欠けている。この空白の中で、市民社会からの圧力が弱く、専門職の声が慎重なままであるため、象徴的な社会的責任の別の形態がその空間を占めることが多く、好意的な広報を生み出し、専門職の倫理的ブランディングを強化している。

代替倫理と脆弱な市民的レバレッジ

このような象徴的な社会的責任は、しばしば慈善活動という形をとる。短期のボランティア活動や無料診療所は、目に見える救済と説得力のある物語を提供する。しかしそれらは、不公正な財政およびケアへのアクセスの仕組みを変えないまま、専門職が善意を示すことも可能にする。一時的なポップアップ診療所は、提供者の価値観を優先し、門戸管理を定型化し、道徳的な緊急性を広報活動へ変換することで構造改革を押しのけることがある。慈善活動はニーズを明らかにすることができ、またそうすべきであるが、アクセスを保障する公的義務を退けることはできない。[20]

啓発キャンペーンは、しばしば同じ弱い論理を反映する。それらは安全で、メディアに取り上げられやすく、コンセンサス志向であるが、保健システム内の給付、予算、または規制の変化を直接標的にしない限り、成果を変えることはほとんどない。アクセスを伴わない啓発は、人々をエンパワーするどころか、苛立たせる。保険に加入している人と富裕層だけが負担できる需要を刺激することで、格差を広げることさえある。健康教育とヘルスリテラシーの取り組みは、このようなキャンペーンに伴うことが多いが、構造的な裏づけがなければ、その影響は限定的なままである。単独での有効性に関するエビデンスは、特に負担可能性、サービスの利用可能性、規制の文脈がアクセスの真の障壁である状況では、弱い。[21], [22], [23]

信頼できる代替案は、啓発を、ユニバーサル· カバレッジのための必須サービスを明示し、実施目標を伴う複数年の予算項目を特定し、提供を統治する規則と疾患を駆動する商品環境を改訂する、具体的で検証可能な要求へと変換することである。キャンペーンが、変更する予算項目、法文、または実務規則を指し示せないなら、それは戦略ではなく感情に依存している。成功は、カバレッジ、壊滅的な歯科医療支出からの保護、待ち時間、そしてこれらの利益の分布によって測定しなければならない。ソーシャルメディアのインプレッション数やウェブトラフィックによって測定するものではない。

弱さを持続させる枠組みの選択

いくつかの一般的な言説上および戦略上の枠組みは、口腔保健分野が政策上の弱い姿勢で活動し続ける理由を説明する助けとなる。[24] 感染症に対して強力に機能してきた安全保障化の枠組みは、十分に活用されていない。遊離糖および壊滅的な歯科医療支出に関連するリスクは、商業的な媒介を通じて伝播し、政策設計によって形づくられるシステム全体に関わる脅威として枠づけられるのではなく、日常的に個人の問題とされている。[25] 口腔保健を集団的安全保障の問題として枠づけることへのこのためらいは、定着した権力に立ち向かうことへの、より深い躊躇を反映している。歯科医師会と学術的なアドボケートは、影響力のある企業複合体の利益に挑戦する規制措置に関与するには、あまりにも弱い。

道徳化の枠組みは一般的だが、一貫性を欠いたままである。必須性、笑顔の象徴的な力、価値に基づくケアへの訴えは、行動上の非難へと流れる語りと共存することが多い。その結果、道徳的主張が、より広い社会正義の戦略の土台となることはほとんどない。[26]技術化の枠組みが言説を支配し、口腔疾患を臨床的介入によって解決できる技術的問題として描いている。レトリックは強いが、運用モデルと影響の工ビデンスは依然として限られている。経済的枠づけは支持を得ているが、財務省を大規模に説得するには、保健医療経済学の能力と費用データが依然として限られすぎている。[27], [28] これらの枠づけの習慣は、ある種の戦略的な弱さを持続させる。すなわち、圧力、レバレッジ、対立を呼び起こさずにコンセンサスと可視性を求める

アドボカシーである。

弱さの第二の領域は、アドボカシーが追求されるプラットフォームにある。単一課題のキャンペーンは、壊疽性口内炎（noma）などの象徴的な状態に対して画期的な進展をもたらしてきた。[29], [30] 課題別の取り組みを、より広いシステム強化に統合する対角的アプローチがしばしば推奨されるが、口腔保健ではほとんど運用化されていない。[31] 統合への言及は頻繁であるにもかかわらず、実践的なモデルは乏しく、断片化しており、評価も十分でない。現実的な道は、対角的戦略を具体化することである。[32] これにはレトリック上の足並みをそろえる以上のものが必要である。優先すべき状態に対する明示的な給付定義、プライマリ·ケアにおける明確なケア経路、中間レベルの提供者を含むチームメンバーの定義された役割、そして予防とカバレッジに結びつけた砂糖入り飲料への目的税などの財政メカニズムが必要となる。これはラベルの問題ではない。構造的な具体性、すなわち、誰が、何を、どこで、どの資源を用いて行うのかという問題である。

専門職の社会化と漸進主義の罠

専門職教育では、短期のアウトリーチ活動や人道支援現場での実習を通じて、学習者に不公平の問題に触れさせることが多い。これらの経験は、人道的で形成的なものになり得る。しかし同時に、将来の提供者を、構造的アドボカシーではなく、一時的な善意へと社会化する。[33] 地域に根ざした歯科教育とボランティア行事は、例外的なものを称揚し、参加をゲーム化し、公平なアクセスを広げるキャリアへの持続的な移行についてのエビデンスが限られているなかで、提供者の経験を中心に据えることがある。その結果、技術と慈善には堪能だが、正義の実現では力を欠く人材供給の流れが生じる。

この社会化は、制度的な弱さに根ざす、より広い漸進主義のパターンを助長する。数十年にわたり、専門職はわずかなものを得るために交渉してきた。パイロット·プロジェクト、実証、戦略における言及が、進展の兆しとして提示され、提供されている。しかしその結果は、財源を伴わない可視性、給付を伴わない政策言語、政治的な力を伴わない技術的統合という、停滞した均衡である。一方、人々は疼痛、障害、経済的困難という代償を支払っている。アドボカシーが、財源の流れ、給付設計、人材モデル、商業的決定要因の規制など、実際のレバーに関与しない限り、口腔保健は周辺にとどまる。[1], [34]

沈黙させられた学術と公的な声の不在

学術的アドボカシーにおける層の薄さは、単なる能力の不足ではない。それは、弱さがこの分野の中心へ戻ってくる経路である。大学が、政策形成の技術と公的関与よりも、臨床試験、実験室での成果、高インパクトの出版物に報いるとき、研究者は自分の声を狭く、視野を短く保つことを学ぶ。契約が不安定な資金に依存し、終身在職権の獲得が難しいとき、最も安全な道は専門分野の枠内で出版し、政治的な関与を避けることである。[35], [36] この環境では、学術的な声は慎重で、断続的で、内向きになる。その抑制された声は、専門職の集団語法を強化し、懸念をシステムが行動しなければならない手段へと翻訳できる共感的なパートナーを、市民社会から奪う。

この分野には、権威と道徳的明晰さをもって、さまざまな聴衆にまたがって語ることのできる公共知識人も欠けている。[37] 他の保健領域では、公共知識人が橋渡しの役割を果たす。彼らはエビデンスを歪めずに要約し、重要な選択を名指しし、関心がそれたときにも課題をアジェンダにとどめる。彼らは論文を書くばかりではない。議論を枠づけ、委員会で証言し、思いがけない同盟者を集め、法律や規制に採用できる文言を提案する。口腔保健には、その市民的な使命を担う人物がわずかしかいない。この不在は、個人の勇気だけの問題ではない。それは、制度が学術をどのように定義し評価するか、政策業務のために基金を備えたプラットフォームが乏しいこと、外部に開かれた役割のための常勤資金が限られていることを反映している。

そのような公的な声がない場合、デフォルトは静穏主義になる。この分野は自分自身に語りかけ、政府、財務省、政治的プラットフォームに語りかけることはまれであり、カバレッジの政治を変え得る支援をもつ公衆に語りかけることはほとんどない。この状況では、弱さはもはや失敗には見えない。それは専門職らしさに見える。啓発や方向性を求めることは慎重に思え、対立を避けることは戦略的に思える。大学から公的な声が欠けていることは、装飾的な不在ではなく、エビデンスが強い場合でさえ口腔保健が周辺にとどまる理由を理解する助けとなる構造的条件である。

異なる学術的態度と文化であれば、この回路を断ち切るだろう。それは、委員会室でも放送メディアでも気後れせず、給付の定義を作成すると同時に、それを保護者団体や労働組合にも説明でき、政策日程を監視して機会に反応するのではなく予測する研究者を育てるだろう。それは、公的な論考を課外活動ではなく、学術的功績の一部として扱うだろう。このような集団的な決意があれば、この分野は専門職のリーダーシップと市民への説得、監視機能を組み合わせ、生存モードからアジェンダ設定を行う触媒的な役割へ移行できる。

欠けているビジョン：完全な統合が意味するもの

口腔保健アドボカシーの最も際立った特徴の一つは、完全な統合についての明確で実行可能なビジョンがないことである。軽視という言葉はなじみ深い。しかし、他の優先事項と同等の水準で、統合され、財源があり、説明責任を負う口腔保健システムがどのようなものになるかを説明できる主体は、はるかに少ない。このようなビジョンが欠けていることは、単なる見落としではない。それは、この分野のアドボカシーの多くを定義する、より広範な慎重さを反映している。

信頼できるビジョンは、必須サービスをユニバーサル· カバレッジの保障された一部として定義するだろう。それは、これらのサービスがどのように財源を得て提供されるか、そして世帯が壊滅的な自己負担支出からどのように保護されるかを明示するだろう。カバレッジが安全に拡大するよう、明確に定義された役割、業務範囲、質保証を伴い、チーム全体を網羅する人材モデルを示すだろう。これらの人材区分は、他の医療専門職と協働して、口腔保健を全身の健康に組み込むだろう。統合は、専門診療所に分断されるのではなく、共有記録、紹介システム、予防プロトコル、チーム基盤の実践を通じて、プライマリ· ケアにおいて可視化されるだろう。また、ガバナンスと説明責任も含まれるだろう。すなわち、項目名を明記した予算と執行目標、ならびにカバレッジと経済的保護を追跡し、公的報告を行うモニタリング· システムである。商業的決定要因には、製品環境の規制と、予防への透明性のある再投資を伴う砂糖入り飲料への課税などの財政的手段によって対処するだろう。これらの構成要素は願望ではない。他の保健システム機能における日常的な特徴である。口腔保健が例外にとどまるのは、主として、それらを実施する政治的· 制度的メカニズムが脆弱または欠如しているためである。

実践的な入口はすでに存在する。6 × 6アプローチは、現在の5 × 5非感染性疾患（NCD）枠組みを拡張し、口腔疾患と糖類を含める。[38], [39] これは、高位のNCD戦略の中に口腔保健を明確に位置づけるための、簡潔で伝達しやすい構造を提供し、政治的な注目を確保し、財源の流れと整合させ、給付パッケージを形づくることを容易にする。6 × 6枠組みは、口腔疾患を他の主要なNCDと並べ、糖類を最も強力なリスク因子と並べることで、統合と影響力のための戦略的なレバーを提供する。

このような新しい口腔保健アドボカシーのビジョンは、いくつかの厳しい基準によって評価されるべきである。それは、選択的介入よりも必要なサービスを優先し、予防、疼痛と感染の管理、歯の保存、必須サービスを中核に置いているか。アクセス、負担可能性、利用可能性への影響を検証することによって、公平性を拘束力のある枠組みとして扱っているか。公的なメッセージが消費者マーケティングではなく保健上のニーズと整合するよう、商業的誘引から隔離されているか。安全にアクセスを拡大できる場合に、役割の多様化

とチーム基盤のモデルを支持しているか。慈善活動と啓発を、より深い政策改革への入口としてのみ用い、構造変革に焦点を当てているか。このような基準が満たされると、アドボカシーは記述から設計へ移行する。

前進する道：弱さから力へ

声、プラットフォーム、学術、市民社会における姿勢を横断して本稿で検討した力学を、表1に要約する。これらの類型は学術的な抽象ではなく、名指しされ、解体されなければならない現実の制約を記述している。

表1（原著ラベル：Table 1）

口腔保健アドボカシーにおける弱さの領域

領域	下位領域	弱さの表れ	アドボカシーへの悪影響	必要な転換
1. 声	言語とメッセージ	弱い要求、曖昧な訴え	緊急性を弱める	戦略的な明確さ、公的関与
1. 声	内部の言説	集団思考、対立の回避	現状を強化する	率直な議論、専門職内の現実主義
2. プラットフォーム	統合モデル	政策よりもパイロット、断片化したサービス	拘束力のあるコミットメントがない	定義された経路、明確な給付
2. プラットフォーム	政策上の位置づけ	レバレッジを伴わない包摂	象徴的な存在	権利として保障される給付と影響力を要求する
3. 学術	知識の生産	非政治的で内向きの研究	非政治化された研究	市民社会志向で政策に向き合う探究
3. 学術	知的リーダーシップ	公的な論考または人物の不在	市民社会のための分析的パートナーがいない	公共知識人としての役割を可能にし、高める
4. 市民社会における姿勢	倫理的姿勢	権利より慈善、公平性より審美性	道徳的な代替	権利に基づく枠づけ、必須ケア
4. 市民社会における姿勢	患者および市民社会の関与	内面化されたスティグマ、弱い動員	低い政治的圧力	患者の声を増幅し、連合を築く

本分析は、弱さが自律性と地位を維持してきたのは、周縁性を受け入れることによってのみであったことを強調する。弱さは、献立に対するレバレッジなしに、テーブルの席を可能にする。しかし弱さは、もはや中立的な選択肢ではない。なぜなら、それは不平等を固定化し、患者を沈黙させ、人々ではなく市場を守るからである。弱さを超えることは、軽視という言葉を統合の具体的な設計に置き換えることを意味する。給付、予算、役割、規則は、精確に名指しされなければならない。進展の代償として、集団語法は率直な内部議論に道を譲らなければならない。専門職の外部にいる市民社会の行為者とのパートナーシップを築かなければならない。啓発、包摂、承認、またはテーブルの席を求めて、穏やかに話し、礼儀正しく頼むだけでは、もはや十分ではない。これは、口腔保健が他の保健上の優先事項に取って代わるべきだという議論ではなく、カバレッジ、財源、説明責任に関する意思決定が行われる共有された改革アジェンダの中で、同等の水準で真剣に扱われるべきだという議論である。専門職は給付、予算、拘束力のある規則を要求し、それらのために闘う覚悟を持たなければならない。

弱さは、専門職団体だけの習慣ではない。それは、公的な知的活動を脇に追いやり、政治的関与よりも技術的洗練に報いる学術的インセンティブの、予測可能な産物でもある。近年の学術的な貢献は、達成された進展と、これまでのアドボカシー・アプローチの限界の両方を示している。[40], [41] これらの貢献は、連合形成、共通用語、持続可能性、地球規模およびOne Healthの連関、そして狭い生物医学モデルからの明確な転換を重視し、ますます洗練されたアジェンダを明確に示している。それらは、概念が真に成熟したことと、より広い保健、環境、社会の議論の中に口腔保健を再配置する持続的な努力を反映している。

しかし、それらは持続する分析上の制約も明らかにしている。そのようなアプローチの多くは、暗黙的または明示的に、エビデンスの創出、コンセンサスの形成、規範的な足並みの一致が、政治的な優先順位とシステム改革へ転換すると仮定する、線形の変化の論理に依存している。その際、それらは口腔保健の政治経済を過小評価しがちである。すなわち、どのエビデンスが支持を得るか、アジェンダがどのようにふるいにかけられるか、どの改革が実行可能なまま残るかを形づくる、固定化した制度的な仕組み、専門職の利益、市場の力学、分配上の対立である。

この程度の概念的洗練、エビデンス、規範的な足並みの一致でさえ、持続的な権限、財源、強制力のある給付を生み出せないのであれば、制約は知的または技術的なものではなく、構造的かつ政治的なものである。それでもこの声の経済が変わらない限り、口腔保健は、明確に、公に、結果を伴って語る者に主として権力が反応する場へ、強いエビデンスと注意深く枠づけられた主張を持ち込むことになる。この分析は気の重くなるものに見えるかもしれないが、分野の信用を失わせることを意図してはいない。多くのアドボケートはすでに大胆な戦略を進め、アジェンダを前進させている。批判の対象はむしろ、口腔保健アドボカシー分野の語彙と実践の多くをなお形づくっている、時代遅れのデフォルトの前提である。口腔疾患への解決策として健康教育、ヘルスリテラシー、啓発に戻ることは、もはや信頼できない。これらのアプローチは助けになるかもしれないが、構造変革の代替にはなり得ない。

したがって、弱さから力への移行は、単なる戦略的選択ではない。それは、保健改革の周辺でささやく余裕がもはやない分野における、政治的成熟のための必須事項である。

著者の貢献

HBとSNが原稿を構想し、HBが初稿を作成し、両著者（HB、SN）が原稿を批判的に検討して最終化した。

資金情報

西ケープ大学。オープンアクセス資金は西ケープ大学が提供した。

倫理に関する宣言

利益相反

Habib BenzaninはBritish Dental Journalの編集委員を務めている。著者らは利益相反がないことを宣言する。

参考文献

1. Watt R G, Daly B, Allison P et al. Ending the neglect of global oral health - time for radical action. Lancet 2019; 394: 261-272.

原文XML識別子：doi 10.1016/S0140-6736(19)31133-X；pmid 31327370

2. Winkelmann J, Listl S, van Ginneken E, Vassallo P, Benzian H. Universal health coverage cannot be universal without oral health. Lancet Public Health 2023; 8: 8-10.

原文XML識別子：doi 10.1016/S2468-2667(22)00315-2；pmcid PMC9810536；pmid 36516876

3. Benzian H, Kavanaugh D, Naidoo S, Mathur M R. Oral disease must be central in policies to improve global health. BMJ 2025; DOI: 10.1136/bmj.r1070.

原文XML識別子：doi 10.1136/bmj.r1070；pmid 40409792

4. World Health Organization. Oral health world health assembly resolution. 2021. Available at https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R5-en.pdf (accessed 1 July 2026).

5. World Health Organization. Global strategy and action plan on oral health (2023-2030). 2024.”. Available at https://www.who.int/publications/i/item/9789240090538 (accessed 1 July 2026).

6. World Health Organization. Tracking progress on the implementation of the Global Oral Health Action Plan 2023-2030: baseline report. 2025. Available at https://iris.who.int/handle/10665/380314 (accessed 1 July 2026).

7. The Lancet. Oral health at a tipping point. Lancet 2019; DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31639-3.

8. Peres M A, Macpherson L M D, Weyant R J et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet 2019; 394: 249-260.

原文XML識別子：doi 10.1016/S0140-6736(19)31146-8；pmid 31327369

9. Hubinette M, Dobson S, Scott I, Sherbino J. Health advocacy. Med Teach 2017; 39: 128-135.

原文XML識別子：doi 10.1080/0142159X.2017.1245853；pmid 27866451

10. Holden A C L, Quiñonez C R. Is there a social justice to dentistry's social contract? Bioethics 2021; 35: 646-651.

原文XML識別子：doi 10.1111/bioe.12915；pmid 34184785

11. Holden A C L, Quiñonez C. The role of the dental professional association in the 21st century. Int Dent J 2020; 70: 239-244.

原文XML識別子：doi 10.1111/idj.12563；pmcid PMC9379205；pmid 32133648

12. Moeller J, Quiñonez C R. Dentistry's social contract is at risk. J Am Dent Assoc 2020; 151: 334-339.

原文XML識別子：doi 10.1016/j.adaj.2020.01.022；pmid 32336345

13. Holden A C L, Adam L, Thomson W M. The relationship between professional and commercial obligations in dentistry: a scoping review. Br Dent J 2020; 228: 117-122.

原文XML識別子：doi 10.1038/s41415-020-1195-5；pmid 31980790

14. Aquino Y S J. Pathologizing ugliness: A conceptual analysis of the naturalist and normativist claims in ‘aesthetic pathology'. J Med Philos 2022; 47: 735-748.

原文XML識別子：doi 10.1093/jmp/jhac039；pmcid PMC9784898；pmid 36562842

15. Aquino Y S J. Is ugliness a pathology? An ethical critique of the therapeuticalization of cosmetic surgery. Bioethics 2020; 34: 431-441.

原文XML識別子：doi 10.1111/bioe.12721；pmid 32036617

16. Wood N H. Reimagining dental care funding in South Africa: a call for equitable healthcare. S Afr Dent J 2024; 79: 235-237.

17. Benzian H. Time to change the narrative. Br Dent J 2021; DOI: 10.1038/s41415-021-3076-y.

原文XML識別子：doi 10.1038/s41415-021-3076-y；pmid 34050270

18. Kaur G, Tsakos G, Yap T, King T, Mathur M R, Singh A. The case for affordable oral health care: the public voice. Public Health Res Pract 2025; DOI: 10.1071/PU24009.

原文XML識別子：doi 10.1071/PU24009；pmid 40456563

19. Tsakos G, Watt R G, Guarnizo-Herreño C C. Reflections on oral health inequalities: theories, pathways and next steps for research priorities. Community Dent Oral Epidemiol 2023; 51: 17-27.

原文XML識別子：doi 10.1111/cdoe.12830；pmid 36744970

20. Raskin S E. The cultural politics of dental humanitarianism. In Jones C L, Gibson B J (eds) Cultures of Oral Health. pp 222-236. London: Routledge, 2022.

21. de Silva A M, Hegde S, Akudo Nwagbara B et al. Community-based population-level interventions for promoting child oral health. Cochrane Database Syst Rev 2016; DOI: 10.1002/14651858.CD009837.pub2.

原文XML識別子：doi 10.1002/14651858.CD009837.pub2；pmcid PMC6457580；pmid 27629283

22. Satur J G, Gussy M G, Morgan M V, Calache H, Wright C. Review of the evidence for oral health promotion effectiveness. Health Educ J 2010; 69: 257-266.

23. Soldani F, Wu J. School based oral health education. Evid Based Dent 2018; 19: 36-37.

原文XML識別子：doi 10.1038/sj.ebd.6401298；pmid 29930371

24. Shiffman J, Shawar Y R. Framing and the formation of global health priorities. Lancet 2022; 399: 1977-1990.

原文XML識別子：doi 10.1016/S0140-6736(22)00584-0；pmid 35594874

25. Watt R G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. Community Dent Oral Epidemiol 2007; 35: 1-11.

原文XML識別子：doi 10.1111/j.1600-0528.2007.00348.x；pmid 17244132

26. Listl S, Bärnighausen T. Oral health as a marker of social progress. J Dent Res 2025; DOI: 10.1177/00220345251324120.

原文XML識別子：doi 10.1177/00220345251324120；pmcid PMC12171076；pmid 40263910

27. Vujicic M, Atun R, Benzian H, Listl S, Ryan M, Tsakos G. The economic rationale for a global commitment to invest in oral health. 2024. Available at https://www.weforum.org/publications/the-economic-rationale-for-a-global-commitment-to-invest-in-oral-health/ (accessed 1 July 2026).

28. Benzian H, Schwendicke F. Economic considerations in oral health: bridging gaps, broadening horizons. J Dent Res 2024; 103: 1165-1166.

原文XML識別子：doi 10.1177/00220345241286462；pmcid PMC11653311；pmid 39394782

29. Benzian H, Makino Y. Time for noma to enter the global health stage. Lancet Infect Dis 2022; 22: 1105-1106.

原文XML識別子：doi 10.1016/S1473-3099(22)00136-0；pmid 35303477

30. Bertram K, Pai M. Single-issue advocacy in global health: possibilities and perils. PLOS Glob Public Health 2023; DOI: 10.1371/journal.pgph.0002368.

原文XML識別子：doi 10.1371/journal.pgph.0002368；pmcid PMC10521974；pmid 37751406

31. Frenk J, Gómez-Dantés O, Knaul F M. The health systems agenda: prospects for the diagonal approach. In Brown G, Yamey G, Wamala S (eds) The Handbook of Global Health Policy. pp 425-439. Oxford: Wiley Blackwell, 2014.

32. Christian B, George A, Veginadu P et al. Strategies to integrate oral health into primary care: a systematic review. BMJ Open 2023; DOI: 10.1136/bmjopen-2022-070622.

原文XML識別子：doi 10.1136/bmjopen-2022-070622；pmcid PMC10367016；pmid 37407034

33. Holmgren C, Benzian H. Dental volunteering - a time for reflection and a time for change. Br Dent J 2011; 210: 513-516.

原文XML識別子：doi 10.1038/sj.bdj.2011.426；pmid 21660012

34. Cohen L C, Dahlen G, Escobar A, Fejerskov O, Johnson N W, Manji F. Dentistry in crisis: time to change. La Cascada Declaration. Aust Dent J 2017; 62: 258-260.

原文XML識別子：doi 10.1111/adj.12546；pmid 28793371

35. Pilcher E S, Kilpatrick A O, Segars J. An assessment of promotion and tenure requirements at dental schools. J Dent Educ 2009; 73: 375-382.

原文XML識別子：pmid 19289726

36. Slayton R L, Kachalia P R, Lozano-Pineda J, Rolf D D, Kovarik R E, Dillon J A. Rethinking tenure in dental education. J Dent Educ 2012; 76: 574-583.

原文XML識別子：pmid 22550103

37. Posner R A. Public Intellectuals: a Study of Decline. Boston: Harvard University Press; 2003.

38. Benzian H, Daar A, Naidoo S. Redefining the non-communicable disease framework to a 6 × 6 approach: incorporating oral diseases and sugars. Lancet Public Health 2023; 8: 899-904.

原文XML識別子：doi 10.1016/S2468-2667(23)00205-0；pmid 37741288

39. Benzian H, Naidoo S. The 6 × 6 approach to NCDs: time to include oral diseases and sugars. Br Dent J 2024; DOI: 10.1038/s41415-024-7316-9.

原文XML識別子：doi 10.1038/s41415-024-7316-9；pmid 38609590

40. Fisher J, Glick M. Dentistry in a changing world: from inertia to action. Br Dent J 2025; 239: 559-560.

原文XML識別子：doi 10.1038/s41415-025-9290-2；pmid 41131306

41. Mathur M R, Bhosale A S, Abel S N et al. Envisioning sustainable oral health through effective advocacy. BMC Glob Public Health 2025; DOI: 10.1186/s44263-025-00133-1.

原文XML識別子：doi 10.1186/s44263-025-00133-1；pmcid PMC11841293；pmid 39972337

原文の整合性と訳注

以下は原著の表記· 数値· 研究上の限界についての注記です。本文中の原著の数値や結論を無断で訂正したものではありません。

訳注1：著者一覧ではHabib Benzian、利益相反宣言ではHabib Benzaninと記され、原著内で著者名の綴りが一致しない。本訳では各箇所の原記述を保持した。

訳注2：参考文献5の引用文字列には、対応する開き引用符のない「2024.”.」という表記がある。本訳では提供された原著XMLの表記を保持した。

原著· 翻訳情報

PMID：42728300 | DOI：10.1038/s41415-026-9647-1

原文確認資料：https://www.ebi.ac.uk/europepmc/webservices/rest/PMC13569443/fullTextXML

原著公開日：2026-09-11 | 翻訳日：2026-09-17

日本語主本文· 表· 図注（原図· 図中の文字· 別ファイルの補足資料を除く）

原著· 翻訳の利用条件：CC BY 4.0 https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

非公式AI翻訳· 歯科医師による監修未実施。原図、図中の文字、別ファイルの補足資料は含みません。研究方法· 数値· 結論は原著の記述であり、個別患者への診断· 治療指示ではありません。原著と最新の診療指針をご確認ください。