

平成28年道民歯科保健実態調査結果

北海道保健福祉部健康安全局地域保健課

調査の概要

1 調査の目的

本調査は、北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例の基本理念に基づき、北海道歯科保健医療推進計画及び北海道健康増進計画における「歯と口腔領域」の目標について評価を行うとともに、北海道における口腔衛生の状況を把握し、今後の歯科保健対策推進に資する基礎資料を得るため、同条例第14条に基づいて「道民歯科保健実態調査」を実施した。

2 調査の対象と客体

健康づくり道民調査の調査地区の世帯及び世帯員を対象とした（満1歳以上）。

3 調査の期日

平成28年10月及び11月（健康づくり道民調査とともに実施）

4 調査内容

(1) 調査項目

- ア 現在歯の状況
- イ 喪失歯およびその補綴状況
- ウ 歯肉の状況
- エ 歯列・咬合の状況
- オ 歯をみがく頻度
- カ フッ化物の使用状況
- キ 顎関節の異常
- ク 歯・口腔の健康づくりに関する意識 等

(2) 調査方法

- ア 口腔内診査
- イ 質問紙への記載

5 調査票等

- (1) 歯・口腔の健康づくりに関する意識調査項目が含まれる、健康づくり道民調査票
- (2) 口腔診査票（様式第1号）

平成28年 健康づくり意識調査 質問項目（歯科保健分）

- 問29 あなたは、1日に何回歯を磨きますか。該当する番号を1つ選んで○印をつけてください。
- 1 毎日3回以上磨く
 - 2 毎日2回磨く
 - 3 毎日1回磨く
 - 4 時々磨くが毎日ではない
 - 5 歯を磨く習慣はない
- 問30 あなたは、歯磨きの際に歯間ブラシまたはフロス（糸ようじを含む）を使っていますか。該当する番号を1つ選んで○印をつけてください。
- 1 毎日使っている
 - 2 時々使っている（頻度：1週間のうち1日～6日）
 - 3 たまに使っている（頻度：1か月のうち数日）
 - 4 使っていない
- 問31 あなたは、歯科医療機関等で定期的（1年間に1回以上）に歯科健康診査を受けていますか。該当する番号に○印をつけてください。
- 1 はい
 - 2 いいえ
- 問32 あなたの歯や歯ぐきの状態についておたずねします。次のアからウの項目について、該当する番号に○印をつけてください。
- | | | |
|----------------------|------|-------|
| ア 歯をみがくと血がでますか | 1 はい | 2 いいえ |
| イ 歯ぐきが腫れてプヨプヨしますか | 1 はい | 2 いいえ |
| ウ 冷たいものや熱いものが歯にしみますか | 1 はい | 2 いいえ |
- 問33 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。該当する番号を1つ選んで○印をつけてください。
- 1 何でもかんで食べることができる
 - 2 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある
 - 3 ほとんどかめない
- 問34 あなたは、食事のとき、人と比較して食べる速度が速いですか。該当する番号を1つ選んで○印をつけてください。
- 1 速い
 - 2 ふつう
 - 3 遅い

問35 ご自分の歯は何本ありますか。かぶせた歯（金歯・銀歯）、差し歯、根だけ残っている歯も本数に含めます。 の中に本数を記入してください。

注1) 成人の歯の本数は全部（親知らずも含む）で32本です。

注2) できるだけ鏡を使って、自分の指で歯を数えるようにしてください。

自分の歯は 本ある

□ 腔 診 査 票

(様式第1号)

保健所名

実施日 平成 年 月 日

担当者

地区番号		—	市郡番号	世帯番号	世帯員番号																									
(1) 調査参加の有無		1. 有 2. 無		(2) 性別																										
				1. 男 2. 女																										
(3) 生 年 月 日		1. 平成 2. 昭和 3. 大正		年 月 日																										
(4) 歯の状況																														
上	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>														8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">(右)</td> <td style="width: 10%;">E</td><td style="width: 10%;">D</td><td style="width: 10%;">C</td><td style="width: 10%;">B</td><td style="width: 10%;">A</td><td style="width: 10%;">A</td><td style="width: 10%;">B</td><td style="width: 10%;">C</td><td style="width: 10%;">D</td><td style="width: 10%;">E</td> <td style="width: 10%;">(左)</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>															(右)	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	(左)				
	(右)	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	(左)																		
下	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>														8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8														

【歯の状況】
 健全歯または処置歯: N
 未処置歯: C
※未処置の残根を含める
 インプラント: Im

現在歯数 (満15歳以上)

義歯装着 あり・なし

次の質問は、満1歳以上14歳以下の方の状況について、調査員が本人もしくは保護者に問診の上、記入してください。

問1 フッ化物応用の経験の有無について(複数回答可)

1. フッ化物塗布
2. フッ化物洗口
3. フッ化物配合歯磨剤の使用
4. その他(具体的に)
5. ない
6. わからない

次の質問は、満6歳以上の方について、調査員が問診の上、記入してください。

問2 顎関節の異常について

- ・口を大きく開け閉めした時、あごの音がしますか (1. はい 2. いいえ)
- ・口を大きく開け閉めした時、あごの痛みがありますか (1. はい 2. いいえ)

以下の質問は、すべての方について、調査員が問診の上、記入してください。

問3 歯や口の状態について気になることはありますか？(複数回答可)

1. ない
2. 歯が痛い、しみる
3. 歯ぐきが痛い、はれている、出血がある
4. 噛めないものがある
5. 飲み込みにくい
6. 味がわかりにくい
7. 口がかかわく
8. 口臭がある
9. その他(具体的に)

問4 歯をみがく頻度はどれくらいですか？(歯が全くない人は除く)

- 毎日みがく(1. 1回 2. 2回 3. 3回以上)
4. 時々みがく
 5. みがかない

問5 (歯ブラシを用いた歯みがきに加えて、)以下に示す歯や口の清掃をおこなっていますか？(複数回答可)

1. デンタルフロスや歯間ブラシを使って、歯と歯の間を清掃している
2. 舌を清掃している
3. その他(具体的に)
4. おこなっていない