

日本の歯科疾患の実態

歯科疾患実態調査・8020財団の抜歯調査などから

安藤 雄一 Yuichi ANDOU, DDS

国立保健医療科学院口腔保健部
埼玉県和光市南 2-3-6

National Institutes of Public Health,
Director Department of Oral Health
2-3-6, Minami, Wako-shi, Saitama 351-
0197, Japan

Oral Health Status in Japan

This article describes the trends and the current status of dental diseases in Japan, mainly based on the results of the National Survey of Dental Diseases. This survey has been conducted every six years since 1957, which can demonstrate nearly half century's history of dental diseases of Japanese people. The latest survey in 2005 indicated that tooth retention has improved and dental caries have declined. For instance, the survey in 1975 showed one in 5 (20%) among 55-64 year-old people were edentulous, which has been improved to one in 50 (2%) in the 2005 survey. Additionally, the majority of people over 75 years old were traditionally edentulous, but currently this has been reduced as low as one-third. The improvement of tooth retention might be due to by the increase of dentists. The major factor caries reduction might be recent widespread use of fluoride toothpaste in Japan. The response rate of National Survey of Dental Diseases has declined markedly. For this reason, the importance of other national statistics about dental health has become greater recently. *J Health Care Dent. 2006; 8: 19-29.*

キーワード: the National Survey of Dental Disease
field survey
hospital statistics
tooth extraction survey
the National Health and
Nutrition Survey

はじめに

日本では歯科疾患の実態を把握するために様々な調査が行われている。厚生労働省が行う調査では、歯科疾患実態調査、国民健康・栄養調査が主たる調査だが、国民生活基礎調査、患者調査、社会医療診療行為別調査などから歯科疾患の実態等に関する情報を得ることもできる。また、業務として行われている乳幼児歯科健診や学校歯科健診からは地域ごとの詳しい実態を知ることができる。最近では(財)8020推進財団が全国的な調査を手がけるようになり、抜歯原因調査¹⁾、歯科医院での予防処置等の実施状況に関する調査などが行われおり、角度の違った調査²⁾から、情報が蓄えられている。

最新調査の知見と個々の調査の特性を紹介し、病院(歯科診療所)統計を上手く活用するヒントを提供したい。

1. 野外調査の必要性

野外調査(field survey)は通常、一般人口集団を母集団とする統計であり、いわゆる病院統計・患者統計とは異なる。歯科疾患実態調査は、代表的な野外調査である。

患者から得られる情報(病院統計・患者統計)は重要であり、実際、歯科医院の場を利用した調査は各地で行われている。しかし、病院統計は選択バイアスの典型例であり、病院統計から地域集団を統計学的に推測することは間違いである。標本から推定できる母集

* 本稿は2006年11月のヘルスケアシンポジウムにおける講演をもとにまとめたものです。

表1 歯周疾患に関する調査は？

<ul style="list-style-type: none"> ・官庁統計 歯科疾患実態調査 国民健康・栄養調査 保健福祉動向調査 その他 <ul style="list-style-type: none"> ・患者調査 ・国民生活基礎調査 ・社会医療診療行為別調査 	<ul style="list-style-type: none"> ・(財)8020推進財団 抜歯(原因)調査 診療室における予防処置等の実態調査 全国成人歯科保健調査
<ul style="list-style-type: none"> ・地域の統計 〇〇県歯科保健調査 △△県健康調査 など 	<ul style="list-style-type: none"> ・業務統計 乳幼児歯科健診 学校歯科健診 など

団は、あくまで病院でしかない。

したがって、歯科を例にとれば今後、患者データと地域全体のデータがどのように異なるのか、あるいは定期的受診者と不定期受診者がどう違うのかなどを、さまざまなデータによって補強していく必要があると思われる。

歯科疾患に関して現在行われている主な調査を表1に示した。「地域の統計」中の「健康調査」は、口腔に関する質問用紙による調査項目が一般的な健康調査に含まれているケースである。この種の調査はサンプリングなどが優れているものが多く、活用できるデータも多い。なお、8020推進財団の「全国成人歯科保健調査」は現在解析中であるが、本稿でその一部を紹介したい。

2. 歯科疾患実態調査

まず2005年度歯科疾患実態調査の結果を簡単にまとめると、次のようになる。

- ①歯の喪失状況が改善された
- ②う蝕が減少し、その傾向が続いている
- ③調査の受診者数(調査受診率)が低下した
- ④その他
 - －CPIに国際標準の診断基準が採用された
 - －顎関節に関する調査が初めて行われた

－地域差(自治体規模による差)がいくつかの調査項目で認められた

「その他」のうち、とくに「CPIに国際標準の採用」は重要である。歯周疾患の診査基準は毎年のように変わっており、これまでわが国には歯周病の増減に関する信頼できる統計は存在しなかった。CPIは1999年度調査でも用いられたが、変則的な基準であったため問題を残した。今回、これを改めてCPIに国際基準を全面的に採用した。

【歯の喪失の改善】

20歯以上保有者の割合を年齢別にみると(図1)、歯の喪失はしだいに改善されており、2005年には20歯以上保有者は80歳以上で2割に近く、75～79歳では3割近いという結果が得られている。

次に年齢別無歯顎者率の推移(図2)を見てみよう。わが国では今まで無歯顎者率の統計はあまり扱われてこなかったが、国際比較ではこの指標が用いられることが多い。このグラフから無歯顎者が大幅に減っていることがわかる。とくに55～64歳層は、1975年には5人に1人が無歯顎であったが、2005年には2%まで減少した。75歳以上でも、かつて過半数だった無歯顎者が、いまや1/3程度に低下している。その意味では、8020運動の目標に少しずつ近づいている。

ところが無歯顎者の推移を、率で

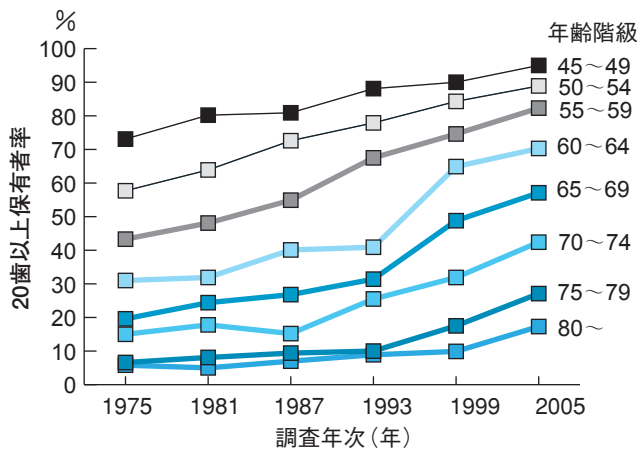


図1 歯の喪失の改善：20歯以上保有者率

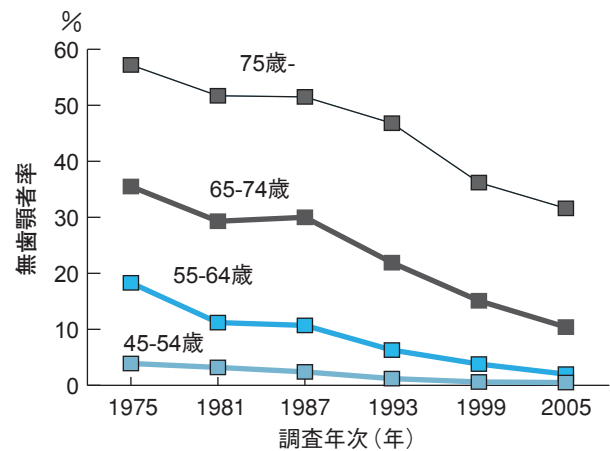


図2 歯の喪失の改善：無歯顎者率

(1993年以前は、喪失歯数の分布表から、「28本喪失」を無歯顎者とみなした)

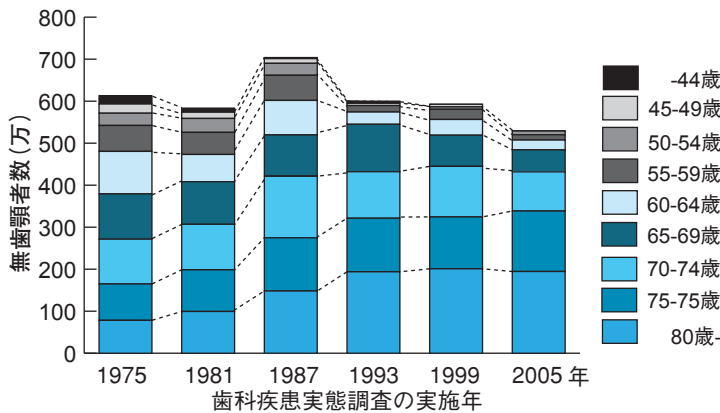


図3 無歯顎者数(推計値)の推移

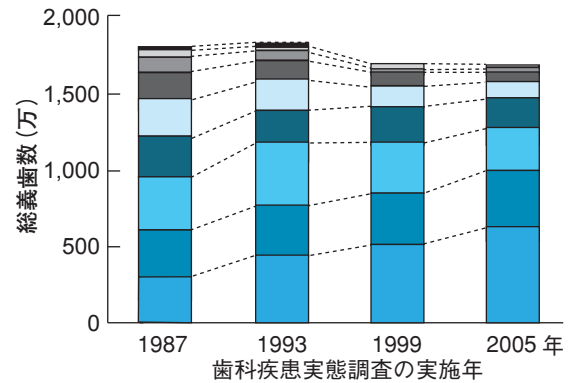


図4 総義歯数(推計値)の推移

はなく人数で見ると、それほど減少していない(図3)。また、総義歯数(上顎のみ、下顎のみの総義歯を含む)の推移(図4)でも1987年以降、大きな変化はない。図3、4の結果は、高齢者人口の増加を反映している。

野外調査では、つねに「母集団」に注意する必要がある。歯科疾患実態調査の場合は、実際の検診受診者数ではなく、人口データ(と組み合わせること)によってさまざまな推計が可能である。そのあたりに留意すれば、地域などで興味深い統計を得ることができると思う。

【健全歯数・現在歯数の増加】

次に年齢別の一人平均現在歯数の推移を見てみよう。この数値はわが国で最もよく用いられており、歯科疾患実態調査でも1957年から比較可

能である。

この数字を考察するうえで注意すべきことがある。図5は最新調査における一人平均現在歯数とその内訳を年齢階級別に示したものであるが、年齢とともに少なくなる現在歯数の内訳をみると、高齢になるほど健全歯の割合が少なく、クラウン(冠)の割合が高くなっている。すなわち、一人平均現在歯数は増加傾向にあるものの、高齢者では、「喪失リスクの高い歯」が残存歯に占める割合が高いのである。

もう一つ重要なことがある。横断調査で見られる「みかけの年齢差」は、「真の年齢差」に「世代差」を加えたものである。つまり、30年前に80歳だった人と現在80歳の人では、生活環境も受けてきた歯科治療の経験もまったく異なる。これは将来的にもい

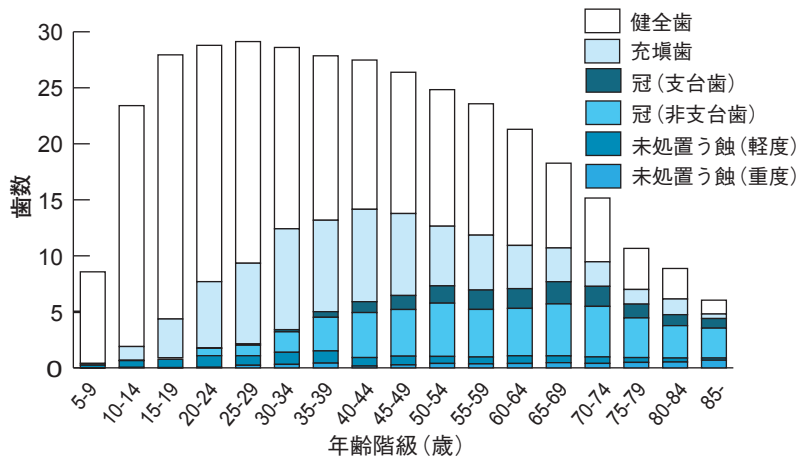


図5 一人平均現在歯数とその内訳

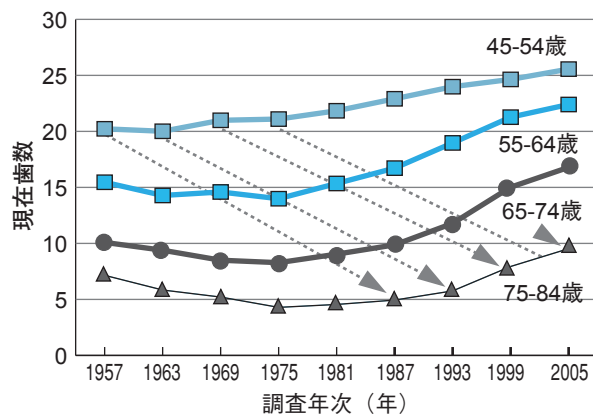


図6 一人平均現在歯数の年次推移. 歯の喪失に要する期間は長い.

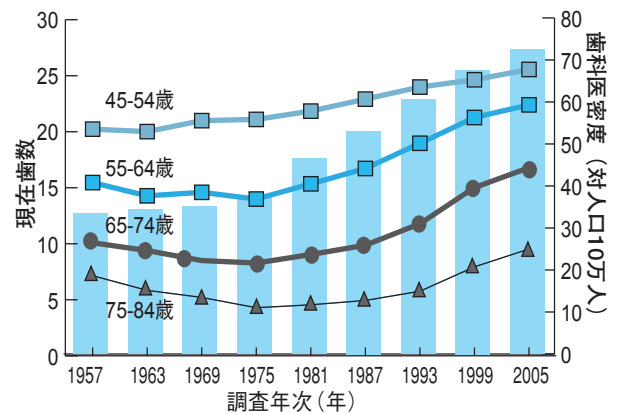


図7 一人平均現在歯数の推移と歯科医師密度の関連

えることで、これから30年後に80歳になる人は、また違ってくるであろう。

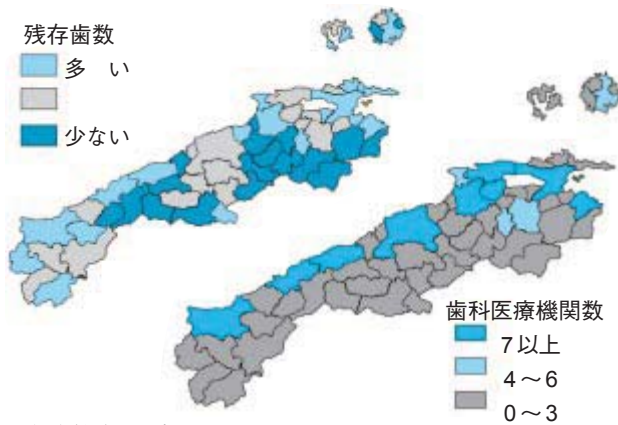
図6の「矢印→」は「同一世代の変化」を表したものである。2005年に75～84歳だった人は、矢印で示すように、30年前(1975年)には45～54歳であり、平均歯数はほぼ20本だった。矢印の出発点と到達点の集団はまったく同じではないが、ともに日本の国民を代表する集団なので、集団としてそれほど大きな違いはないと考えてよい。この図からわかるように、現在の高齢者は30年前に(45～54歳の時点で)すでに歯をかなり喪失していた。したがって、80歳になって歯が少ないのはいわば当たり前ともいえる。

歯の喪失は非常によい指標であるが、長期間の変化を経た結果であり、数十年前の影響を受けていることに留意する必要がある。

一人平均現在歯数は調査年が新し

くなるにつれて増加しているが、これに歯科医師数(棒グラフ)を重ねてみると、1970年代から歯科医師密度が高くなり、それと同じ時期に現在歯数も増えていることがわかる(図7)。この点のみで因果関係を論じるのは危険だが、歯科医療が平均歯数の増加に貢献していることが推測できる。

ちなみに現在歯数と歯科医療機関数の関係については、2001年10月に島根県内の全歯科医院を受診した患者約4万人のデータ³⁾により、歯科医療機関の少ない地域ほど平均現在歯数が少ないことが明らかになっている(図8)。またわれわれは、25市町村の80歳高齢者約2,000人を調べた疫学調査で同様の傾向を確認している⁴⁾。歯の喪失の地域差は、おそらく、かつての歯科治療の技術水準や劣悪だった受診環境の影響を反映しているものと考えられる。



町村合併前の調査

図8 島根県「県民残存歯調査」(2001年)における各市町村別にみた一人あたり現在歯数と歯科医療機関数³⁾

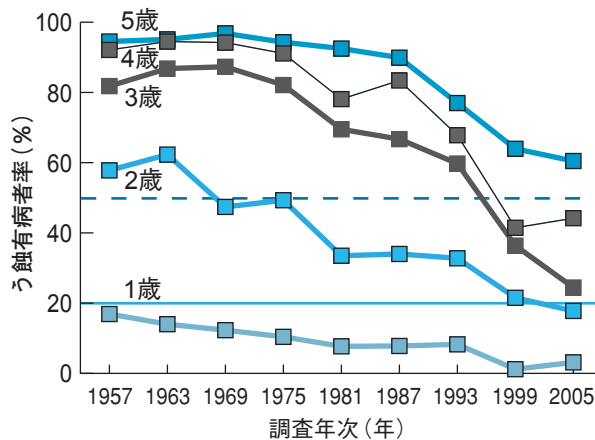


図9 う蝕の改善：乳歯う蝕有病者率(1～5歳)

性差あり	性差あり	
	男性	女性
DMFT	良い	>
う蝕処置	<	多い
歯の喪失(高齢者層)	<	多い
CPI	<	良い
歯磨き	<	良い
顎関節	良い	>
地域差あり	地域差あり	
	都市部	郡部
歯の喪失	良い	>
CPI(中壮年層)	良い	>
歯磨き(高齢者層)	良い	>

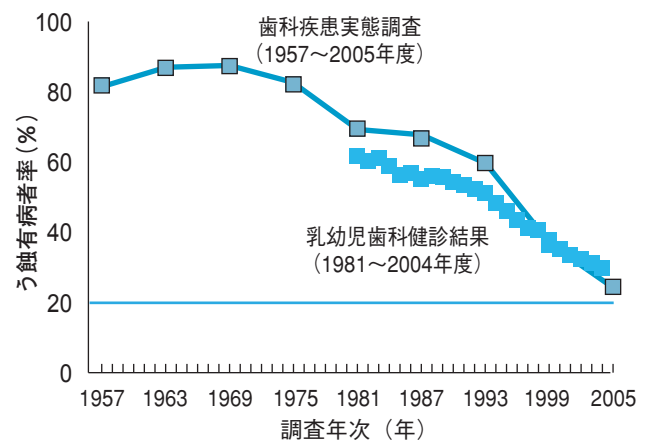


図10 3歳児う蝕有病者率

なお、今回(2005年)の歯科疾患実態調査における性差と地域差は、一般に表2のように整理でき、一般的に性差が認められた調査項目のほうが、地域差が認められたものよりも多い。

【う蝕の減少傾向】

乳歯う蝕の有病者率は一貫して減少傾向を示している(図9)。図中の20%ラインは「健康日本21」の目標値(3歳児う蝕なし80%)であり、目標達成に近づいていることがわかる。

わが国では乳歯う蝕を3歳児で評価することが多く、データも豊富である。しかし、う蝕のピークは5～6歳にあるので、本来は5歳程度で評価すべきであろう。なお、WHO/ FDIは2000年までの世界目標(5～6歳児う蝕なし50%)を示したが、日本は未達成である。筆者は行政関係

の統計を何件か問い合わせたが、そもそもデータを体系的に収集している自治体はあまり多くなく、またこの基準を達成した自治体は、筆者の知る範囲ではなかった。したがって、乳歯う蝕についてはまだまだ改善の余地があるといえる。

3歳児のう蝕有病者率は、乳幼児健診の結果が厚生労働省母子保健課により全国漏れなく集められるので、サンプル数が豊富である。2005年度歯科疾患実態調査の対象者数はわずか45人にすぎないのに対し、同年度の乳幼児健診では1,039,357人である(図10)。なお、45人のデータでも100万人超のデータとそれほどの隔たりはないのは、歯科疾患実態調査はサンプリングがしっかりしているためと考えられる。

12歳児のDMFTについて文部科学省の調査と歯科疾患実態調査の結果

を比較してみよう(図11)．両者からう蝕の減少傾向が読みとれる．文科省調査は1,880校約12万人を対象とするサンプリング調査であるが，歯科疾患実態調査の実数は41人である．ただ，調査結果は両者に大きな

差はみられない，ただし，歯科疾患実態調査のDMFTは1.78(2005年度)であるが，統計学的な95%信頼区間は0.9～2.6程度の広がりをもつ．この点に留意しないと，数字が一人歩きする可能性がある．

図11中のDMFT=3のラインは，2000年のWHO/FDI世界目標であり，わが国は1990年代末にこれを達成した．一方，DMFT=1のラインは，「健康日本21」の目標値(12歳児DMFT=1)であるが，未達成であり，今後の推移をみていく必要がある．なお，この目標をすでに達成している地域もある．

図12は，5～44歳のDMFTを5歳きざみでみたものである．44歳を上限としたのは，この年齢以降で歯周病による抜歯(M)の影響が出るためである．44歳以下であれば，M(喪失歯)のほとんどはう蝕によるものとみてよい．ここで注目されるのは，各年齢のピークが年齢とともに右側へシフトすることである．これをコホート効果と呼び，ある世代からう蝕が減少してきたことを意味する．たとえば，DMFTは10～14歳では1981年をピークに次第に減少している．しかし，この年齢層の子どもたちが20～24歳になるとき(約10年後)には，やはりこの世代がピークを形成している．

では，このようにDMFTがある世代から減少に転じた原因は何であろうか．

歯科医師密度の推移をDMFTの推移に重ね合わせてみると(図13)，1981～87年までは，歯科医師密度が増加していたにもかかわらず，小児のDMFTが減少に転じていない．若い成人のDMFTが減少に転じるのは1987年以降である．

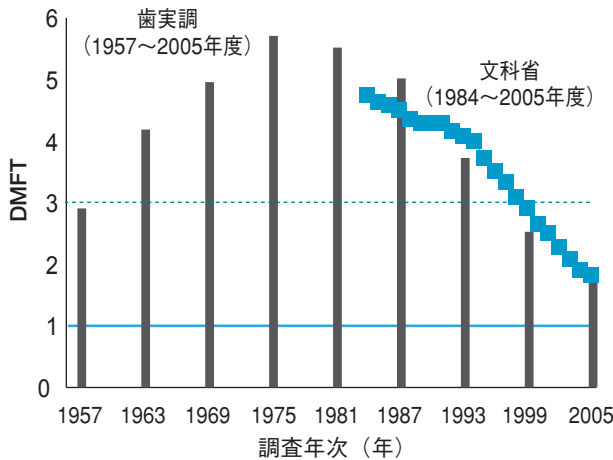


図11 12歳児 DMFT(文科省 vs 歯実調)

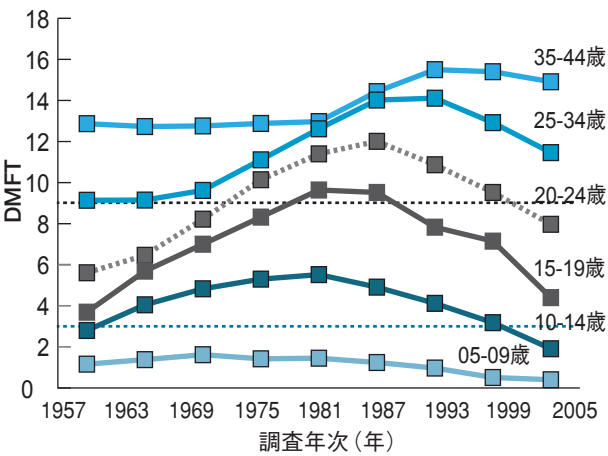


図12 う蝕の改善 (DMFT)

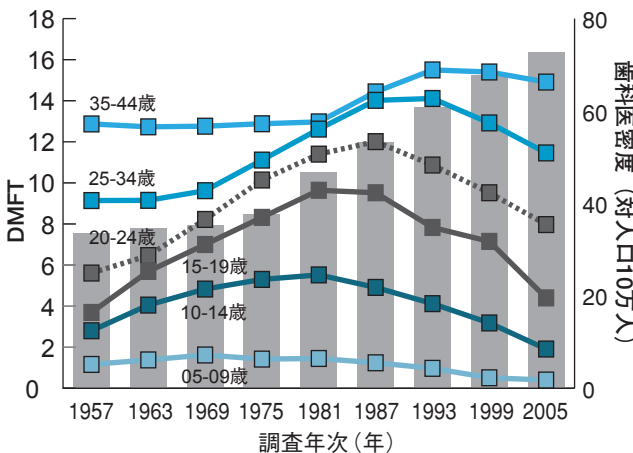


図13 DMFT 減少の要因 (歯科医師密度との関連)

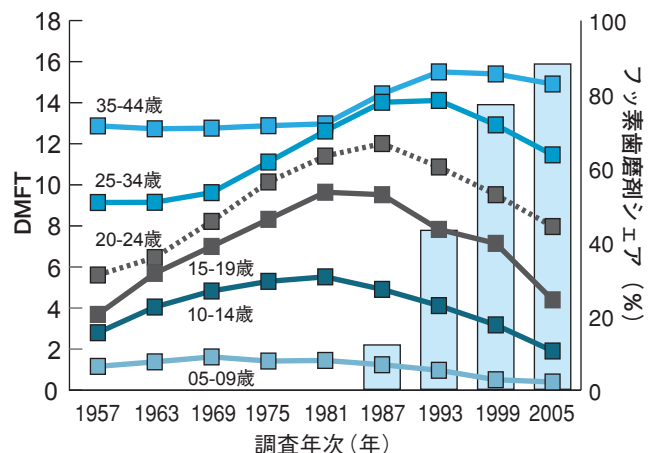


図14 DMFT 減少の要因 (フッ素化合物配合歯磨剤との関連)

表3 歯科疾患実態調査の長所と短所

長 所	短 所
<ul style="list-style-type: none"> ・ サンプルングがしっかりしている。 ・ 歴史が長く、長期的な評価が可能（う蝕、歯の喪失、その他：歯磨き、フッ化物塗布） ・ 歯や義歯の状態について比較的詳細な情報を得ることが可能 ・ 報告書に結果が整理されている 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報が少ない（口腔診査に関する情報が中心）。過去の推移を振り返るには有用であるものの、今後、地域で歯科の目標などを立てる場合に、あまり参考にならない ・ 近年、受診者が減少傾向にある（結果の信頼性） ・ 歯周疾患では診査内容が年ごとに異なり、経年比較が不可能（注：1999年と2005年でも診査方法が異なる） ・ 診査基準の統一の徹底が図られていない（診査者の大半は開業医） ・ 多大な労力がかかる（300地区で4,601人を調査しているが、診査には同数程度のスタッフが出勤しているかもしれない）

フッ化物配合歯磨き剤のシェアとDMFTの推移の関係をみてみよう(図14)。1980年代末からフッ化物配合歯磨き剤のシェアが徐々に高まり、それとともにう蝕は減少した。この傾向は、約20年前に世界各国で観察されており、日本でもフッ化物配合歯磨き剤の効果がでてきたことを意味するものと思われる。

もちろんDMFTの減少の原因には、フッ化物配合歯磨き剤の普及だけではなく、シーラントや代用糖などの影響も考えられる。したがって、慎重な検討を要するが、全体的背景としては、やはりフッ化物配合歯磨き剤の影響が大きいためである。

なお、このようなデータをみる場合、つねに「どこまで到達可能か」を考える必要がある。「平均以上だから大丈夫」「平均以下だから対策が必要」というのではなく、「現実的にどこまで到達できるか」という視点が大切である。

一つの到達目標の目安として、新潟県での20歳成人の評価を取り上げておきたい。

新潟県内の二つの地域の20歳成人について、「保育所～中学校までフッ化物洗口を行ったグループ」(F群)と「フッ化物洗口+選択的シーラント予防を行ったグループ」(FS群)を比較した。結果、DMFTは、F群2.20に対して、FS群1.43であった⁵⁾。

ここで行われた予防対策は、決して特別なものではないので、20歳でDMFT=2は、十分到達可能な目

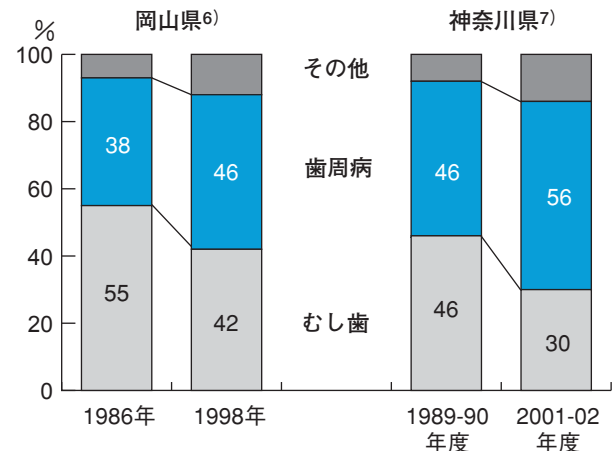


図15 「歯周疾患による抜歯」は増えているのか
歯を失う原因の変化(岡山県, 神奈川県)

標ではないかと思われる。

【歯科疾患実態調査の問題点】

歯科疾患実態調査は、国のさまざまな統計調査の上に成り立っている。まず国勢調査で地域を細かく分けて(全数)調査をし、次に代表的な地区を無作為に選んで、生活全般に関する調査(国民生活基礎調査)を行う。さらに、その中から無作為に地区を抽出して国民健康・栄養調査を実施し、同一の対象者に歯科疾患実態調査を行うという構図になっている。したがって歯科疾患実態調査は、全体として非常によいサンプルのしくみを有する。

歯科疾患実態調査には、表3のような長所と短所がある。

短所のうち、情報が少ないという点については、「健康日本21・中間評価」における「歯の健康」に関する実績値で歯科疾患実態調査によるもの

は、「進行した歯周炎の減少」と「自分の歯を有する人の割合」の2項目だけであり、他の項目は国民健康・栄養調査に基づいていることからわかる。歯科疾患実態調査は、歯科保健の一部しかとらえていないのである。

歯科疾患実態調査の受診数・受診率が著しく低下していることも問題である。歯科疾患実態調査の受診者数は、調査毎に毎回大幅に減少しており、1957年には約30,000人あった受診者は、2005年には約4,600人(受診率37.2%)と惨憺たる結果であった。とくに、若年者の減少幅は大きい。この問題は歯科疾患実態調査の土台となっている国民健康・栄養調査でも深刻化しており、調査の信頼性への影響が懸念される。

【抜歯調査】

図15は岡山県⁶⁾と神奈川県⁷⁾において、約10年の間隔を隔てて過去2

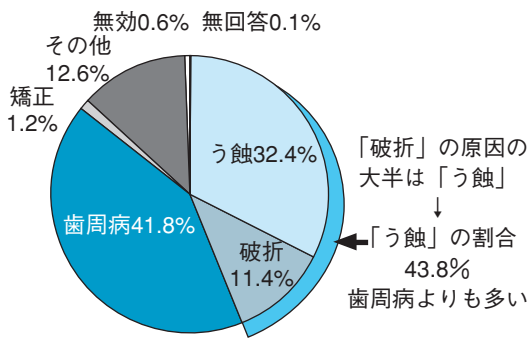


図16 抜歯の主要原因(8020 推進財団全国抜歯原因調査: 2005)

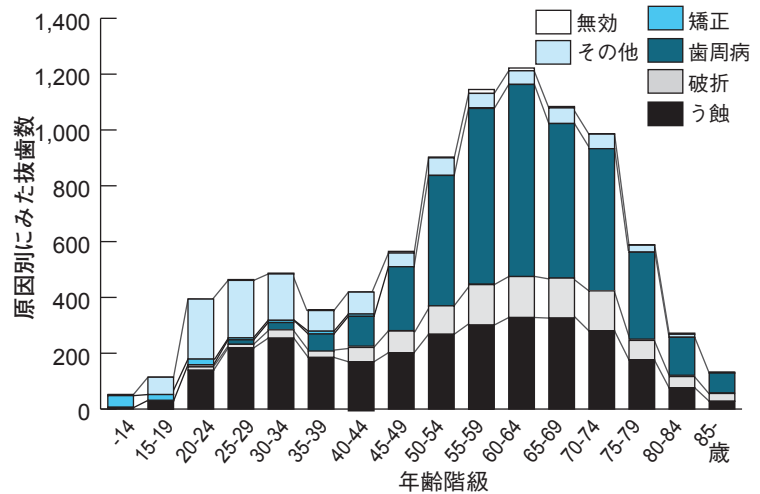


図17 抜歯の主要原因別にみた抜歯数 (8020 推進財団全国抜歯原因調査: 2005)

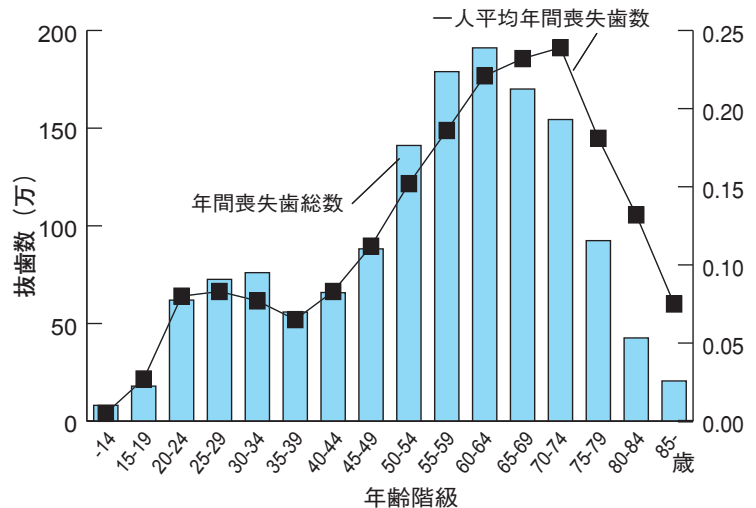


図18 年間喪失歯数と一人平均年間喪失歯数の粗推計値 (年齢階級)
年間喪失歯数=約1,460万本、一人平均年間喪失歯数=約0.11本(全年齢)
(70~74歳が約0.24本と最多)

回行われた抜歯原因調査(歯科医院での抜歯症例の内容をアンケート用紙に記入する方法)の結果を示したものである。両県とも、抜歯の原因として歯周病の割合が増加している。また、他の地域でもほぼ同じ結果が得られている。

歯周病による抜歯の割合が増加しているのは間違いない。しかし、一方で高齢者の現在歯数は増加しているのだから、全体としての一人あたりの抜歯件数は減少しているはずである。したがって、歯周疾患による抜歯が増加しているのかどうか、本当のところはよくわからない。

佐賀県では、2001~2003年にかけ

て、約30名の歯科医がモニターとして抜歯症例をリアルタイムで報告するというユニークなシステムが構築された⁸⁾。そして県全体の歯科医数とモニターとなった歯科医数の比から、佐賀県全体の抜歯数を1か月ごとに推定することができるようになった。

■全国抜歯原因調査の実施

佐賀県の調査は非常に興味深いもので、筆者もこれを参考に8020推進財団の抜歯調査の計画を立てた。

抜歯調査に先立ってまず考えたことは、調査期間を一定にすることであった。適切な調査期間を設定すれ

ば、日本全体で佐賀県同様の推定が可能となる。では調査期間ほどの程度が適切であろうか。その見積もりに利用したのが、社会医療診療行為別調査である。これをみると、1医院あたり1週間の抜歯件数は平均約4件であった。そこで、この程度なら歯科医院の協力も得られやすいと考え、調査期間を1週間とした。また、1週間の調査では抜歯ゼロの医院も存在するので、抜歯症例がなくても回答を求めることとした。

抜歯の主要原因は歯周病が最も多かった。しかし、破折が11.4%あり、その大半はう蝕に由来すると思われる。これを含めればう蝕が歯周病を

表4 8020推進財団・全国成人歯科保健調査の概要

対象者	乳幼児歯科検診の受診児の母親(住民を代表するサンプルが得やすい)
地域	神奈川・新潟・愛知・長崎の各県 上記4県の市町村を無作為抽出(人口規模別)
調査方法	口腔診査(歯科疾患実態調査に準拠)および質問紙調査(既存官庁統計優先)
調査時期	2005年11月～2006年3月
調査回数	市町村への出務138回

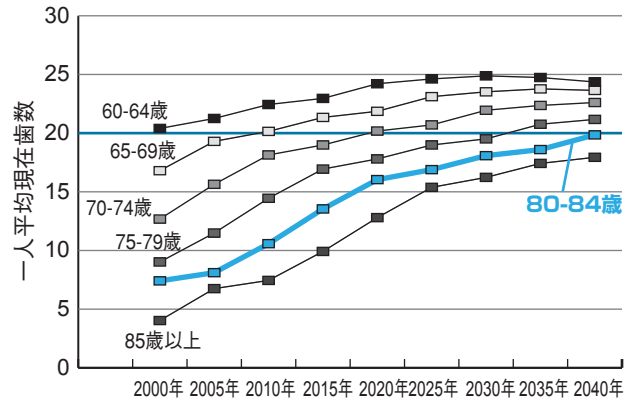


図19 「8020」の達成は2040年

一人平均年間喪失歯数(粗推計値)を用いた一人平均現在歯数の将来予測(60歳以上)。

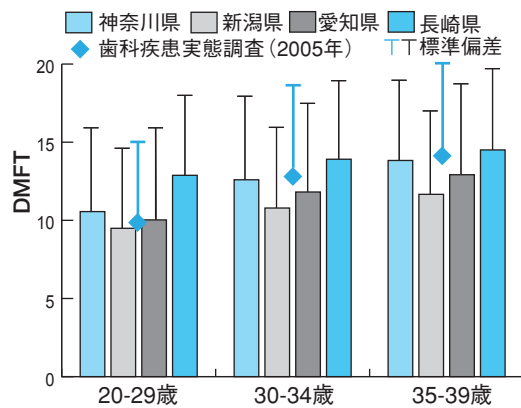


図20 DMFTの地域差(8020推進財団・全国成人歯科保健調査)

上回っていた(図16)。

調査期間中の抜歯の主要原因(年齢別)を図17に示す。これを元に年間推計値を算出すると年間喪失歯数(棒グラフ=粗推計)は約1,460万本、一人平均年間喪失歯数(折れ線グラフ=同)は全年齢で約0.11本、最多の70～74歳で約0.24本であった(図18)。

■将来推計

そこで私的な試みとして、2005年歯科疾患実態調査における一人平均現在歯数と抜歯原因調査における年間平均喪失歯数から、一人平均現在歯数の将来推計を行ってみた。その結果、80～84歳の一人平均現在歯数が20に達するのは2040年頃であり、このあたりが「8020」の到達時期と予測された。

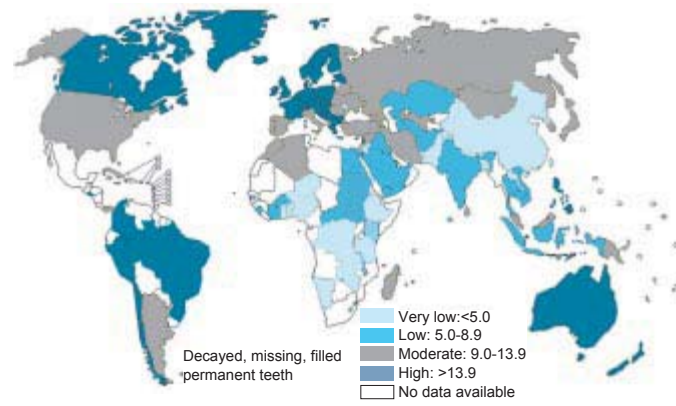
人口統計には静態統計(国勢調査など)と動態統計があり、歯科疾患実態調査は静態統計に、抜歯調査は動態統計に相当する。これまで疫学調査

といえば野外調査のみであったが、今後は歯科医院情報の利用を視野に入れなければ、最新の実態を把握することはできない。静態統計をいかに充実しても、過去数十年の集積がわかるにすぎない。現在の状況を知りたいのであれば、歯科医院の協力が必須である。すでに厚生労働省は患者調査を行っており、そこに歯科の重要な情報が含まれているが、さらに充実したシステム構築も可能ではないかと思う。

【全国成人歯科保健調査】

8020推進財団が行った「全国成人歯科保健調査」を簡単に紹介する。この調査は厚生労働省の要請により受診率が低下している歯科疾患実態調査を補完する調査体系を構築する一つの試みとして実施されたものである。表4に調査の概要を示す。

全国成人歯科保健調査における25～39歳層の年齢階級別DMFTを図



(Petersen PE: World map on dental caries, 35-44 years. July 2003 WHO.)

図21 う蝕世界マップ(35～44歳)

質問：かんで食べる時の状態について、当てはまる番号を1つ選んで○印をつけてください。

- 何でもかんで食べることができる
- 一部かめない食べ物がある
- かめない食べ物が多い
- かんで食べることはできない

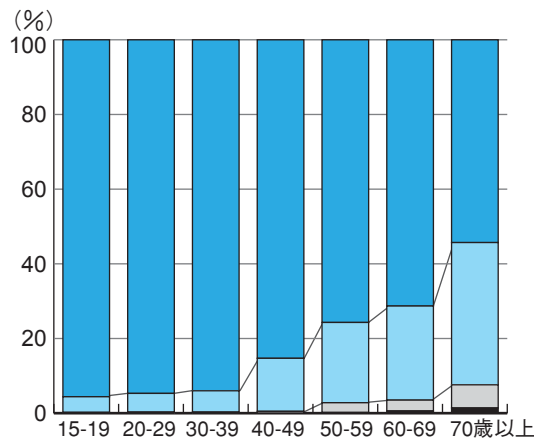


図22 咀嚼の状況(年齢階級別)
(国民健康・栄養調査：2004)

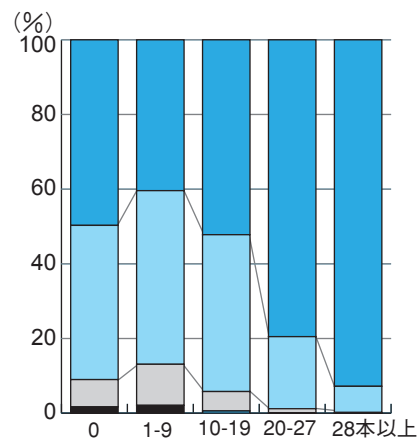


図23 咀嚼の状況(現在歯数別)
(国民健康・栄養調査：2004)

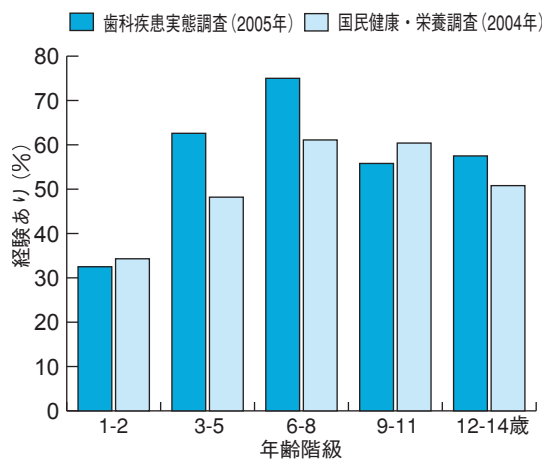


図24 フッ化物歯面塗布の経験(歯科疾患実態調査 vs 国民健康・栄養調査)

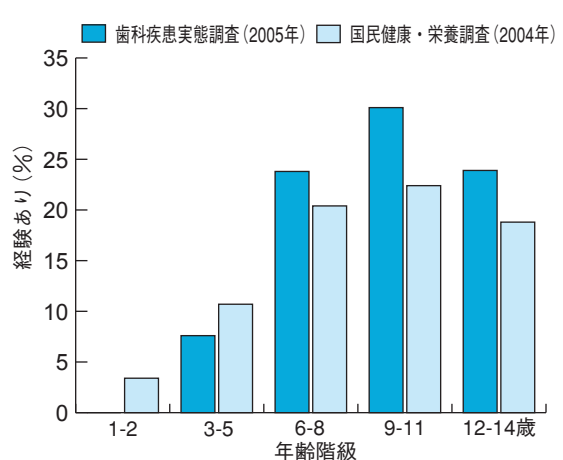


図25 シーラント経験(歯科疾患実態調査 vs 国民健康・栄養調査)

20に示す。歯科疾患実態調査とほぼ同じであるが、やや地域差がある。新潟県のDMFTが低いのは、フッ化物洗口を行っていた母親が多い影響と思われる。

WHOは最近、従来の12歳児のう蝕マップに加えて、35～44歳のう蝕世界マップ(図21)を作成している。日本は、12歳児はlow(5段階評価の4)であるが、35～44歳はmoderate(4段階評価の3)(注:2005年歯科疾患実態調査では同年齢層のDMFTが14.9なので実質的には最も多い“high”に属するとみるべき)にとどまっている。う蝕は歯が残っている限り生涯続く疾患なので評価年齢を成人年齢よりも上げていくべきと考える。

【国民健康・栄養調査】

国民健康・栄養調査は、歯科疾患実態調査の基礎となる調査である。2006年6月に行われたメタボリックシンドロームに関する大々的な報道が記憶に新しい。この調査では5年に1回、歯科保健について重点的調査をすることとなっており、2004年調査(結果発表は2006年)⁹⁾がこれに該当する。

「噛んで食べる時の状態」を年齢階級別(図22)と現在歯数別(図23)に示した。当然のことながら、咀嚼能力は現在歯数との関連が非常に強い。加齢とともに歯の本数が減り、同時に「かめない人」の割合が増えている。国民健康・栄養調査ではアンケートによる現在歯数の調査が行われているが、集団間の比較の妥当性は保証

されている。集団調査の場合、現在歯数を多めに答える人と少なめに答える人の数がほぼ一致すれば、統計上は正しい現在歯数が導かれる。実際に国民健康・栄養調査と歯科疾患実態調査を比較しても、現在歯数にそれほど大きな差はなかった。

国民健康・栄養調査の歯科保健行動に関するデータは有用である。歯科疾患実態調査では歯科保健行動に関する調査項目は数少ないが、図24にそのうちの一つ、フッ化物塗布の経験に関する調査結果を示す。これを国民健康・栄養調査と比較すると大きな差はなく、12～14歳までにはほぼ半数が一度はフッ化物歯面塗布を受けていることがわかる。

図25はシーラントの経験である。歯科疾患実態調査は口腔内診査、国民健康・栄養調査はアンケート調査という違いがあるが、両調査を通じて、12～14歳までに20%程度がシーラントを受けている。ただし、歯科医院で知らないうちにシーラントを受けたケースやシーラントという言葉知らないケースが多数存在すると考えられるので、これらを加えれば、おそらくシーラントの経験をもつ小児の割合はもっと高いと思われる。

国民健康・栄養調査はアンケート調査であるため、これらの結果をそのまま鵜呑みにすることはできないが、調査項目数はここに紹介した以外にも多数にわたり、現在の国民の関心や行動を知るうえでは非常に有意義なものである。

参考文献

- 1) 安藤雄一, 相田潤, 森田学, 青山旬, 増井峰夫: 永久歯の抜歯原因調査報告書. 8020推進財団, 東京, 2005.
- 2) 宮武光吉, 安藤雄一, 青山旬, 尾崎哲則, 深井穂博: 健康日本21関連・歯科医療施設調査報告書. 8020推進財団, 東京, 2004.
- 3) 島根県健康福祉部健康推進課, 島根県歯科医師会: 県民残存歯調査報告書. 島根県, 2002.
- 4) 安藤雄一: 高齢者の健康調査における口腔状態の評価: 総括報告. 伝承から科学へII 口腔保健と全身的健康状態の関係について(冊子1. 8020者のデータバンクの構築). p. 12-43, 口腔保健協会, 東京, 2000.
- 5) 健康日本21中間評価作業チーム: 「健康日本21」中間評価報告書案
http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/ugoki/kaigi/061017_index.html
- 6) 大石憲一, 北川恵美子, 森田学, 渡邊達夫, 松浦孝正, 伊藤基一郎: 岡山県における永久歯抜歯の理由について 平成10年調査と昭和61年度調査との比較. 口腔衛生会誌, 51(1): 57-62, 2001.
- 7) 神奈川県歯科医師会: 抜歯要因調査研究事業報告書. 神奈川県歯科医師会, 2003.
- 8) 岩瀬達雄: インターネットを利用した「8020モニタリングシステム」(連載:北から南から). 公衆衛生情報, 32(12): 53, 2002.
- 9) 健康・栄養情報研究会 編: 厚生労働省 平成16年国民健康・栄養調査報告. 第一出版, 東京, 2006.