

## 令和5年度千葉県歯科保健実態調査について

### 1 目的

千葉県の歯科保健状況を調査することにより「千葉県歯・口腔保健計画」の最終評価のための基礎資料を得ることを目的とする。

### 2 構成

#### (1) 令和5年度1歳6か月児及び3歳児歯科保健実態調査

市町村で実施する1歳6か月児及び3歳児歯科健康診査の際に保護者に対しアンケートを実施する。(全市町村)

- 【主要調査項目】
- ・ 歯磨き習慣
  - ・ フッ化物の認識
  - ・ 授乳・間食の習慣
  - ・ 歯科健診状況

#### (2) 令和5年度児童生徒歯科保健実態調査

公立小学校の第1学年及び第4学年、公立中学校の第1学年、県立高等学校の第1学年に対しアンケートを実施する。(小・中学校 各22校 高等学校9校)

- 【主要調査項目】
- ・ 歯磨き習慣
  - ・ フッ化物の認識
  - ・ 口腔ケアへの関心(小学校1年生を除く)
  - ・ 間食の習慣
  - ・ 歯科健診状況

### 3 実施時期

- ・ 令和5年7月頃 (取りまとめ: 令和5年10月頃)

4. 調査項目（案）

(1) 1歳6か月児及び3歳児調査

属 性	アンケートに回答されるあなた（保護者）の年齢を教えてください。	1 10代 2 20代 3 30代 4 40代 5 50代 6 60代 7 70代以上
	お子さまの性別を教えてください。	1 男 2 女
	お子さまの出生順位を教えてください。	1 第1子 2 第2子 3 第3子 4 第4子 5 第5子
	昼間に主に保育される方はどなたですか。	1 母親 2 父親 3 祖父母 4 保育士 5 その他
歯 磨 き 習 慣	お子さまに仕上げみがきをしていますか。1 毎日しているを選んだ場合は、該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 毎日している（ア 朝起きたとき イ 朝食後 ウ 昼食後 エ 夕食後 オ 間食後 カ 夜寝る前） 2 時々する 3 していない
	お子さまの仕上げみがきの仕方に自信がありますか。	1 自信がある 2 自信がない 3 わからない
	お子さまにフッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。	1 使っている 2 使っていない 3 わからない
	お子さまの歯みがき剤を選ぶときに、フッ素入りを考慮していますか。	1 している 2 していない
	お子さまは歯にフッ化物の塗布を受けたことがありますか。	1 受けたことがある 2 受けたことがない 3 わからない
授 乳 ・ 間 食 の 習 慣	お子さまは母乳をいつまで飲んでいましたか。	1 飲まなかった 2 1歳未満まで 3 1歳3ヶ月頃まで 4 1歳6ヶ月頃まで 5 2歳ころまで 6 現在も飲んでいる
	お子さまは哺乳ビンをいつまで使っていましたか。	1 使わなかった 2 1歳未満まで 3 1歳3ヶ月頃まで 4 1歳6ヶ月頃まで 5 2歳ころまで 6 現在も使っている
	お子さまの食器（スプーンやお箸）はお子さま専用のものですか。	1 子ども専用 2 大人と共用 3 どちらの場合もある
	お子さまの1日のおやつ（甘味食品・飲料）の回数は決めていますか。	1 欲しがるたびにまたは1日3回以上 2 1日1～2回 3 ほとんど与えていない
	お子さまのおやつ（甘味食品・飲料）の量と時間を決めていますか。	1 決めている 2 決めていない
歯 科 健 診 状 況	お子さまの口の中で心配なことはありますか。該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 かまない 2 歯の生え方 3 かみあわせ 4 歯ぎしり 5 歯みがき 6 おしゃぶり 7 指しゃぶり 8 その他（ ）
	お子さまには定期的に歯科検診を受けるなど、かかりつけ歯科医師がいますか。	1 はい 2 いいえ
	あなた（保護者）は年に1回歯科健診を受けていますか。	1 はい 2 いいえ
	あなた（保護者）はかかりつけ歯科医師がいますか。	1 はい 2 いいえ
市 町 村 欄	むし歯の有病状況	市町村名、診査日 健診名及び健診結果

(2) 小学校1年生調査

属性	アンケートに回答されるあなた（保護者）の年齢を教えてください。	1 10代 2 20代 3 30代 4 40代 5 50代 6 60代 7 70代以上
	お子さまの性別を教えてください。	1 男 2 女
歯磨き習慣	お子さまに仕上げみがきをしていますか。1 毎日しているを選んだ場合は、該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 毎日している（ア 朝起きたとき イ 朝食後 ウ 昼食後 エ 夕食後 オ 間食後 カ 夜寝る前） 2 時々する 3 していない
	お子さまは自分で歯みがきをしていますか。1 毎日しているを選んだ場合該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 毎日している（ア 朝起きたとき イ 朝食後 ウ 昼食後 エ 夕食後 オ 間食後 カ 夜寝る前） 2 時々する 3 していない
	お子さまはフッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。	1 使っている 2 使っていない 3 わからない
	お子さまの歯みがき剤を選ぶときに、フッ素入りを考慮していますか。	1 している 2 していない
間食の習慣	お子さまは、あめ・チョコ・アイスなどの甘いお菓子を、1週間のうちに何日くらい食べますか。	1 ほぼ毎日 2 週に3～4日 3 週に1～2日 4 ほとんどない
	お子さまは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちに何日くらい飲みますか。	1 ほぼ毎日 2 週に3～4日 3 週に1～2日 4 ほとんどない
歯科健診状況	お子さまの口の中を（歯や歯ぐきの様子）を観察することがありますか。	1 週に1回以上している 2 月に1回以上している 3 ほとんどない
	お子さまは、歯科医院等で次のような診査や処置を受けていますか。受けている場合は、該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 歯科健診（年1回以上） 2 *フッ化物歯面塗布や*フッ化物洗口の指導 3 歯みがき指導 4 *シーラント処置 5 その他（ ） <small>*フッ化物歯面塗布：歯科医院等で歯にフッ素を塗るむし歯予防 *フッ化物洗口：フッ素入りのうがい薬でブクブクうがいをするむし歯予防 *シーラント処置：むし歯になりやすい奥歯の溝にプラスチック等を詰め、むし歯になるのを予防する処置のこと</small>
	お子さまの歯や口の中について悩みや気になることがありますか。該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 歯が痛んだり、しみたりする 2 歯ぐきから血が出たり、はれたりする 3 ものがはさまる 4 口臭がある 5 歯ならび 6 粘るような不快感がある 7 かみあわせがよくない 8 口をあけるとあごのあたりがゴリゴリと音がする 9 その他（ ）
	あなた（保護者）は年に1回歯科健診を受けていますか。	1 はい 2 いいえ
	あなた（保護者）はかかりつけ歯科医師がいますか。	1 はい 2 いいえ

(3) 小学校4年生調査

属性	あなたの性別	1 男      2 女
歯磨き習慣	あなたは、歯みがきをしていますか。1 毎日しているを選んだ場合は、該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 毎日している (ア 朝起きたとき    イ 朝食後    ウ 昼食後    エ 夕食後    オ 間食後    カ 夜寝る前 ) 2 時々する      3 していない
フッ化物の 認識	あなたは、フッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。	1 使っている      2 使っていない    3 わからない
口腔ケアへの 関心	あなたは、歯の健康に自信がありますか。	1 自信がある      2 自信がない      3 わからない
	鏡などを使って、自分で歯や歯ぐきの様子などを観察することがありますか。	1 週に1回以上している      2 月に1回以上している      3 ほとんどない
間食の 習慣	あなたは、あめ・チョコ・アイスなどの甘いお菓子を、1週間のうちに何日くらい食べますか。	1 ほぼ毎日      2 週に3～4日      3 週に1～2日      4 ほとんどない
	あなたは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちに何日くらい飲みますか。	1 ほぼ毎日      2 週に3～4日      3 週に1～2日      4 ほとんどない
歯科健診状況	あなたは、歯医者さんで次のようなことを受けたことがありますか。受けている場合は、該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 むし歯などの病気がないかどうか口の中をみてもらう (年1回以上) 2 歯にフッ素をぬったり、フッ素入りうがい薬の使い方を習う。 3 歯みがきのしかたを習う      4 *シーラントをする  *シーラント：むし歯になりやすい、おく歯の、みぞにプラスチックなどをつめ、むし歯になるのを予防する方法のこと
	あなたは、歯や口の中について悩みや気になることがありますか。該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 歯が痛んだり、しみたりする      2 歯ぐきから血が出たり、はれたりする      3 ものがはさまる 4 口臭がある      5 歯ならび      6 粘るような不快感がある      7 かみあわせがよくない 8 口をあけるとあごのあたりがゴリゴリと音がする      9 その他 ( )

(4) 中学校1年生及び高校1年生調査

属性	あなたの性別	1 男      2 女
歯磨き習慣	あなたは、歯みがきをしていますか。1 毎日しているを選んだ場合は、該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 毎日している (ア 朝起きたとき    イ 朝食後    ウ 昼食後    エ 夕食後    オ 間食後    カ 夜寝る前 ) 2 時々する      3 していない
フッ化物 の認識	あなたは、フッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。	1 使っている      2 使っていない      3 わからない
口腔ケア への関心	鏡などを使って、自分で歯や歯ぐきの様子などを観察することがありますか。	1 週に1回以上している      2 月に1回以上している      3 ほとんどない
	歯をみがくとき、デンタルフロス (糸ようじ) を使うことがありますか。	1 ほぼ毎日      2 週に3～4日      3 週に1～2日      4 ほとんどない
	あなたは、歯みがきが正しくできていると思いますか。	1 はい      2 2      3 いいえ      3 わからない
	あなたは、歯の健康に自信がありますか。	1 自信がある      2 自信がない      3 わからない
間食の 習慣	あなたは、あめ・チョコ・アイスなどの甘いお菓子を、1週間のうちに何日くらい食べますか。	1 ほぼ毎日      2 週に3～4日      3 週に1～2日      4 ほとんどない
	あなたは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちに何日くらい飲みますか。	1 ほぼ毎日      2 週に3～4日      3 週に1～2日      4 ほとんどない
歯科健診 状況	あなたは、歯科医院等で次のような診査や処置を受けていますか。受けている場合は、該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 歯科健診 (年1回以上)      2 *フッ化物歯面塗布や*フッ化物洗口の指導 3 歯みがき指導      4 *シーラント処置      5 歯石除去      6 その他 (                          ) <small>*フッ化物歯面塗布：歯科医院等で歯にフッ素を塗るむし歯予防 *フッ化物洗口      : フッ素入りのうがい薬でブクブクうがいをするむし歯予防 *シーラント処置    : むし歯になりやすい奥歯の溝にプラスチック等を詰め、むし歯になるのを予防する処置のこと</small>
	あなたは、歯や口の中について悩みや気になることがありますか。該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 歯が痛んだり、しみたりする      2 歯ぐきから血が出たり、はれたりする      3 ものがはさまる 4 口臭がある      5 歯ならび      6 粘るような不快感がある      7 かみあわせがよくない 8 口をあけるとあごのあたりがゴリゴリと音がする      9 その他 (                          )