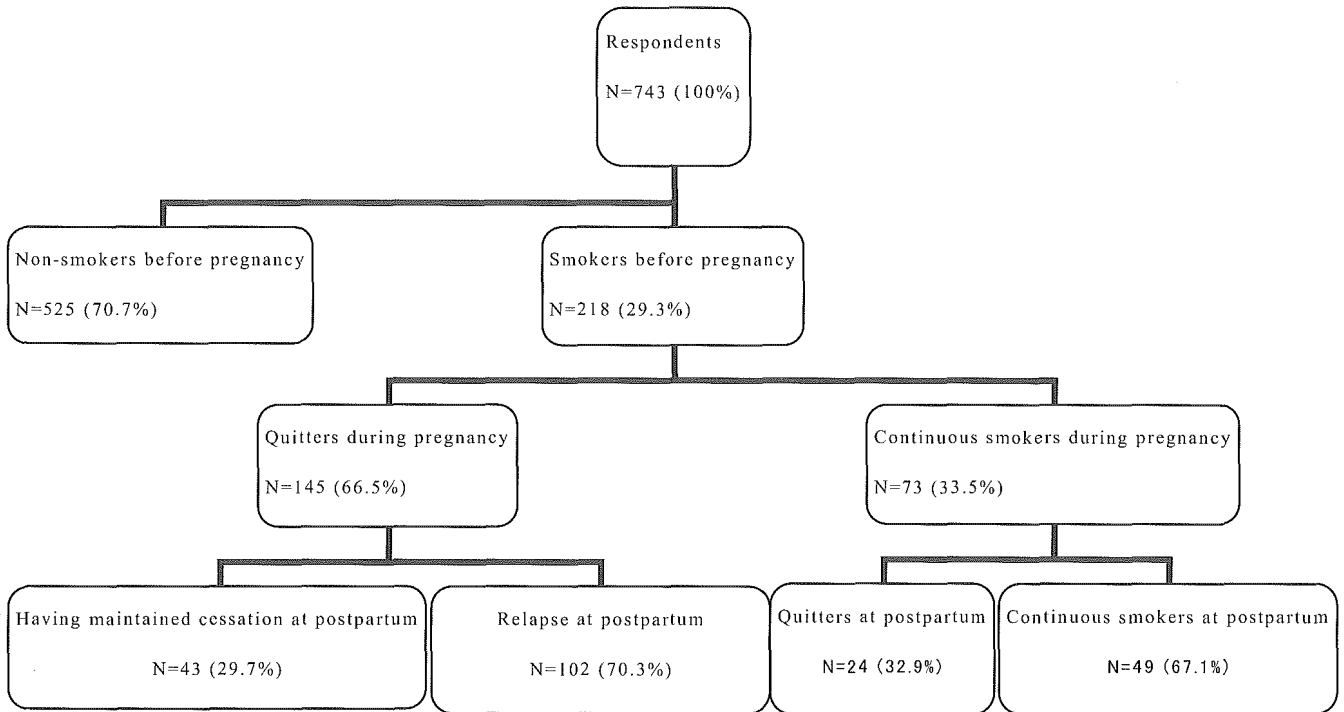


28. Nafstad P, Botten G, Hagen J. Partner's smoking: a major determinant for changes in women's smoking behaviour during and after pregnancy. *Public Health*. 1996 ;110:379-85.
29. Fingerhut LA, Kleinman JC, Kendrick JS. Smoking before, during, and after pregnancy. *Am J Public Health*. 1990;80:541-4.
30. Colman GJ, Joyce T. Trends in smoking before, during, and after pregnancy in ten states. *Am J Prev Med*. 2003;24:29-35
31. Ratner PA, Johnson JL, Bottorff JL, Dahinten S, Hall W. Twelve-month follow-up of a smoking relapse prevention intervention for postpartum women. *Addict Behav*. 2000;25:81-92.
32. McBride CM, Pirie PL. Postpartum smoking relapse. *Addict Behav*. 1990;15:165-8.
33. A kaneko , Y Kaneita , E Yokoyama , T Miyake , S Harano , K Suzuki , E Ibuka , T Tsutsui, Y Yamamoto, T Ohida. Factors associated with exclusive breast-feeding in Japan for activities to support child-rearing with breast-feeding. *J Epidemiol*. 2006;15:1-8.
34. Widstrom AM, Werner S, Matthiesen AS, Svensson K, Uvnas-Moberg K. Somatostatin levels in plasma in nonsmoking and smoking breast-feeding women. *Acta Paediatr Scand*. 1991;80:13-21.
35. McBride CM, Curry SJ, Lando HA, Pirie PL, Grothaus LC, Nelson JC. Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy. *Am J Public Health*. 1999;89:706-11.
36. McBride CM, Baucom DH, Peterson BL, Pollak KI, Palmer C, Westman E, Lyna P. Prenatal and postpartum smoking abstinence a partner-assisted approach. *Am J Prev Med*. 2004;27:232-8.
37. Stanton WR, Lowe JB, Moffatt J, Del Mar CB. Randomised control trial of a smoking cessation intervention directed at men whose partners are pregnant. *Prev Med*. 2004;38:6-9.
38. Hotham ED, Gilbert AL, Atkinson ER. A randomised-controlled pilot study using nicotine patches with pregnant women. *Addict Behav*. 2005;25: [Epub ahead of print]
39. Krall EA, Valadian I, Dwyer JT, Gardner J. Accuracy of recalled smoking data. *Am J Public Health*. 1989;79:200-2.

(a) Mother



(b) Father

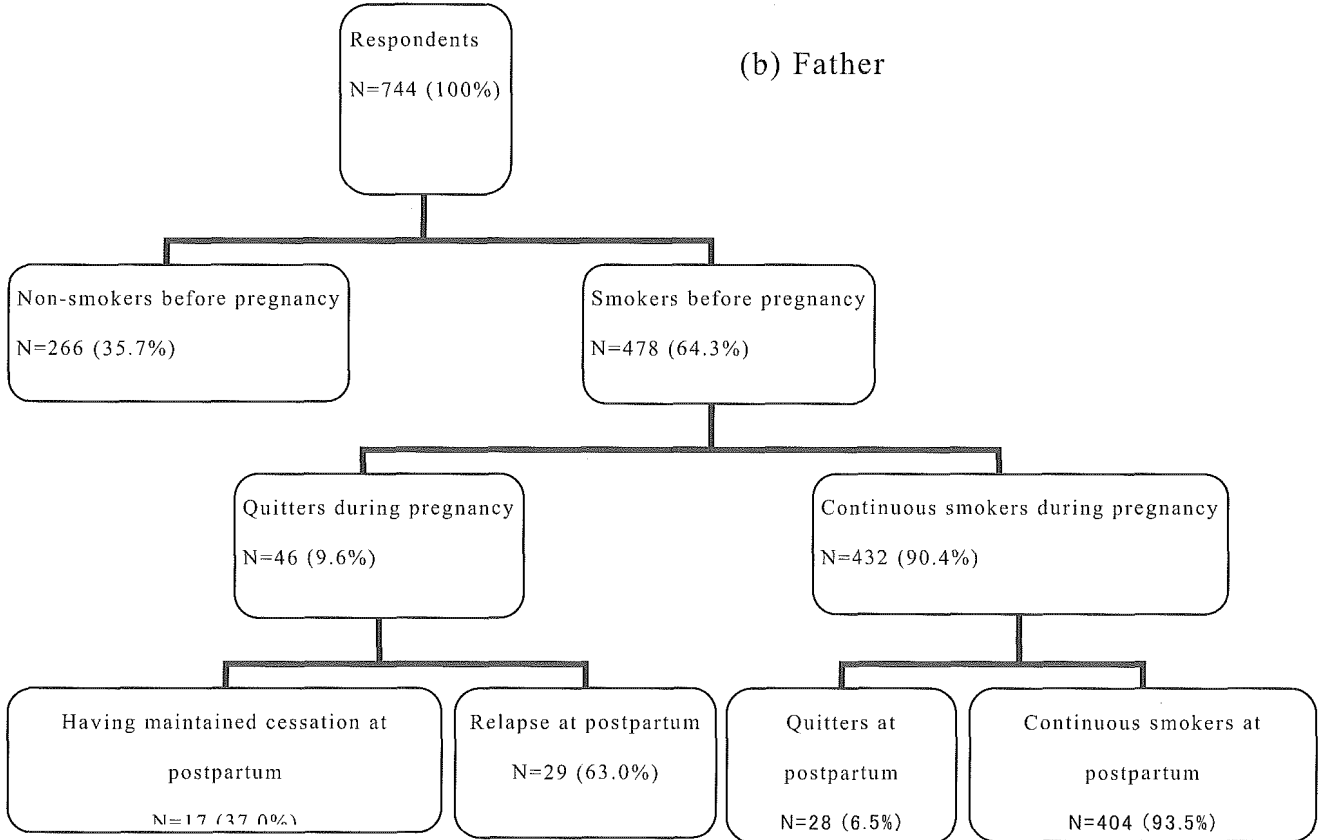


Fig. 1 Flow chart of study: (a) Mother (b) Father

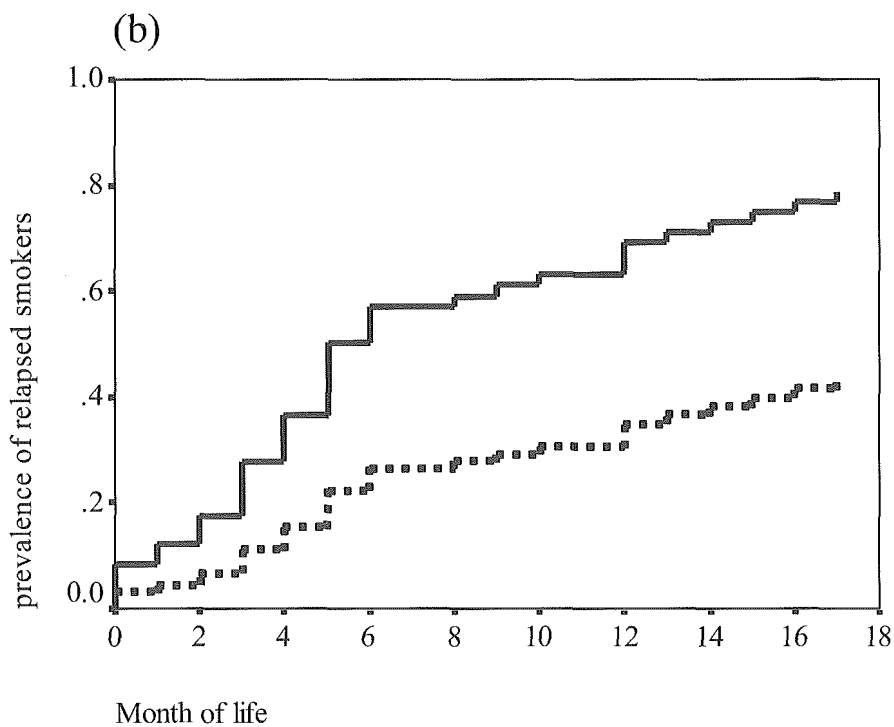
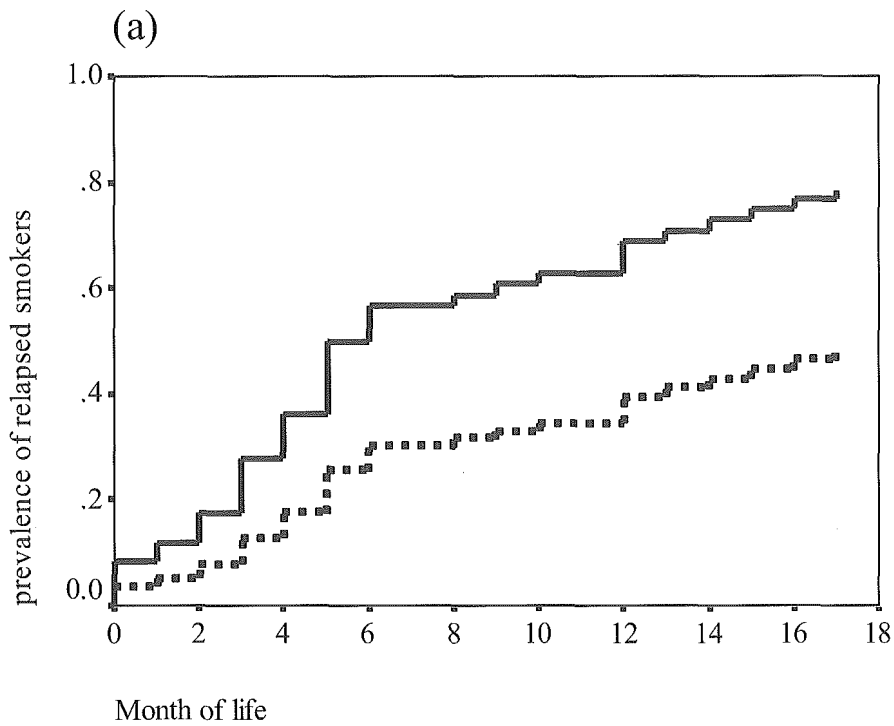


Fig. 2. Kaplan–Meier method: the period from childbirth to smoking relapse among women who quit smoking during pregnancy: (a) Age class. The solid line represents mothers aged less than 30 years ($n = 38$), and the dotted line represents

those aged 30 years or more (n = 65). (Log rank test, P = 0.03) (b) Breastfeeding period. The solid line represents mothers who breastfed for less than six months (n = 46), and the dotted line represents those who breastfed for six months or more (n = 57). (Log rank test, P = 0.002)

Table1 The prevalence of smoking among mothers and their spouses before,during and at 18months postpartum

	Before pregnancy (%)	During pregnancy (%)	At 18months postpartum (%)
Mothers (n=743)	29.3	9.8	23.1
95%(CI)	23.3-35.3	3.0-16.6	16.8-29.4
Fathers (n=744)	64.3	58.1	58.2
95%(CI)	60.0-68.6	53.4-62.7	53.5-62.8

CI, confidence interval

Table 2 The prevalence of smoking among mother during pregnancy, and the results of logistic regression analyses

	(n)	Smoking during pregnancy (%)	Crude		Adjusted	
			OR	95%(CI)	OR	95%(CI)
Maternal age (year)						
-29	184	12.0	1.46	0.85-2.53	0.84	0.38-1.86
30-	483	8.5	1.00	reference	1.00	reference
No. of deliveries by mother						
first	428	9.6	1.00	reference	1.00	reference
second+	303	10.2	1.08	0.66-1.76	1.62	0.72-3.64
Maternal employment status						
non working	290	8.2	1.00	reference	1.00	reference
full-time employee						
(maternity leave \geq 6 mo)	80	3.8	0.43	0.13-1.47	0.71	0.12-3.58
(maternity leave < 6 mo)	34	14.7	1.91	0.68-5.39	3.49	0.84-14.47
part-timer	166	12.7	1.61	0.86-2.98	2.45	1.02-5.86
Maternal education						
A junior high school / a senior high school	385	15.3	1.00	reference	1.00	reference
A junior college / a university	336	3.6	0.24	0.11-0.39	0.27	0.11-0.65
Infant sex						
male	349	9.2	1.00	reference	1.00	reference
female	382	10.5	1.16	0.71-1.89	1.10	0.53-2.28
Birth weight (g)						
<2500	62	17.7	2.15	1.06-4.34	2.80	0.90-8.71
2500 \leq	668	9.1	1.00	reference	1.00	reference
Delivery methods						
Transvaginal	586	10.8	1.00	reference	1.00	reference
Cesarean section	144	6.3	0.55	0.27-1.14	0.43	0.15-1.22
Living with grandparent						
Yes	68	16.2	1.00	reference	1.00	reference
No	663	9.2	0.53	0.26-1.05	0.67	0.22-2.01

Paternal smoking during their spouses pregnancy							
smoking	380	14.2	1.00	reference	1.00	reference	reference
non-smoking	296	2.4	0.15	0.07-0.33	0.24	0.09-0.61	
The harmful effects of infant passive smoking							
awareness	639	10.3	1.00	reference	1.00	reference	reference
not awareness	82	7.3	0.69	0.29-1.64	0.83	0.24-2.86	
Do you have any stress regarding childcare?							
Yes	471	11.7	1.00	reference	1.00	reference	reference
No	255	6.7	0.54	0.31-0.95	0.32	0.13-0.81	

All variables in the table are used as independent variables for logistic analysis.

Cases for which the value was unknown for a variable were excluded in that variable's analysis.

OR: odds ratio; CI: confidence interval

Table 3 The prevalence of relapsed smokers postpartum among mothers who quit smoking during pregnancy, and the results of Cox's proportional hazard models.

	(n)	Relapsed smoking (%)		Crude		Adjusted	
		HR	95%(CI)	HR	95%(CI)	HR	95%(CI)
Maternal age (year)							
-29	46	2.17	0.95-4.97	2.33	1.03-5.26		
30-	85	1.00	reference	1.00	reference		
No. of deliveries by mother							
first	53	1.00	reference	1.00	reference		
second+	92	2.04	0.92-4.49	0.92	0.39-2.14		
Maternal employment status							
non working	50	1.00	reference	1.00	reference		
full-time employee							
(maternity leave \geq 6 mo)	9	0.18	0.04-0.81	0.20	0.02-1.69		
(maternity leave < 6 mo)	9	2.81	0.32-24.69	3.63	0.61-214.63		
part-timer	41	0.85	0.34-2.14	0.50	0.20-1.26		
Maternal education							
A junior high school / a senior high school	40	1.00	reference	1.00	reference		
A junior college / a university	105	0.83	0.38-1.82	1.04	0.42-2.56		
Infant sex							
male	84	1.00	reference	1.00	reference		
female	61	0.75	0.36-1.56	1.51	0.71-3.21		
Birth weight (g)							
<2500	11	0.73	0.20-2.62	0.17	0.02-1.35		
\geq 2500	133	1.00	reference	1.00	reference		
Delivery methods							
Transvaginal	114	1.00	reference	1.00	reference		
Cesarean section	31	1.04	0.43-2.45	1.10	0.72-7.18		
Living with grandparent							
Yes	18	1.00	reference	1.00	reference		
No	127	1.61	0.58-4.48	2.23	0.72-7.18		

Paternal smoking during their spouses pregnancy							
smoking	103	74.8	1.00	reference	1.00	reference	reference
non-smoking	29	48.3	0.32	0.13-0.74	1.04	0.36-3.03	
The harmful effects of infant passive smoking							
awareness	135	70.4	1.00	reference	1.00	reference	reference
not awareness	10	70.0	0.98	0.24-3.99	1.60	0.43-5.98	
Brestfeeding duration(month)							
≥ 6	76	60.5	1.00	reference	1.00	reference	reference
< 6	64	79.7	2.56	1.19-5.49	2.74	1.25-5.99	
Do you have any stress regarding childcare?							
Yes	94	73.5	1.00	reference	1.00	reference	reference
No	49	70.2	0.85	0.39-1.84	1.40	0.63-3.10	

All variables in the table are used as independent variables for Cox's proportional hazard model

Cases for which the value was unknown for a variable were excluded in that variable's analysis.

HR: Hazard ratio; CI: confidence interval

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

効果的な歯科保健活動を遂行するための地域健康増進計画
の展開について

分担研究者 尾崎 哲則（日本大学歯学部教授）
研究協力者 青山 旬（栃木県立看護福祉大学）
上原 裕美子（日本大学歯学部助手）

研究要旨

歯周疾患罹患状態を検診実施方法の異なる 3 地域の継続的観測結果から検討した。進行した歯周疾患を有する者の割合は、40 歳で開始時に罹患率が高い地域では、最高時の値に比べに 40%以上減少している。また、50 歳でも同様に開始時に比較的高い罹患率を有していた地域では、30%程度低下したが、40 歳と 50 歳とでは減少の割合が異なっていた。しかし、当初から低い地域ではあまり変化はなかった。

また、成人歯科保健事業と歯周疾患と関連が強いとされている喫煙に対する取り組みの市区町村での連携に関する状況を全国調査し、回収率は 77.4%であった。歯周疾患に関する保健事業と禁煙支援事業が全体では 40%程度が同時に実施されていると推定され、歯周疾患検診時の禁煙教育・指導・支援がは全体で約 30%の実施であった。歯周疾患に関する保健事業と禁煙支援事業が連携を持ってなされている自治体では、喫煙状況を 76.2%が聞いているが、喫煙状況の集計結果を集約し把握している自治体はわずか 18.8%であった。どの事業でも大規模な自治体ほど比較的良く行われていたが、歯周疾患検診時の禁煙教育は、全体で 39.9%であり、自治体の類型間であまり差が見られなかった。

A. 目的

健康日本 21 が策定され、都道府県での地方計画は終了し、市区町村での地方計画の策定が進んでいる。「歯の健康」に関しては、もともと健康日本 21 で、う蝕・歯周疾患や歯の喪失といった項目ごとのみならず、ライフステージ別に、「歯の目標」を多く設定されていることから、地方においても多くの目標設定を行っており、一括しての地域健康増進計画の展開についての検討をすることも困難であると考えられた。

そこで今回は、成人期の歯周疾患の罹患状況の年次推移を検診実施方法の異なる 3 自治体での結果から、それぞれの特徴について検討することを一つの目的とした。

ついで、歯周疾患の罹患及び進行に大きく影響のある喫煙行動への市区町村の取り組みを、歯科領域から検討を加え、市区町村での成人歯科保健事業と禁煙支援との連携について考察をした。

さらに、歯科健診や歯科保健教育等の折によくアンケートあるいは問診がとられているが、系統的に整理されておらず、これらの有効活用するために方法についての検討も開始した。

B. 方法

1. 成人期の歯周疾患の年次推移の自治体間の差

歯周疾患の罹患状況はどのような推移をたどっているかを知ることが目的とし、実施方法の異なる 3 自治体における 40 歳および 50 歳について調査した。

A市では、老人保健法に基づき、総合検診の場で40・50歳を対象に、歯周疾患検診を実施している。同市は平成7年から40歳を対象に、そして平成9年からは50歳も対象に歯周疾患検診を行ってきたが、今回の分析対象は、A市保健センターで総合健診と同時に行われた歯周疾患検診を受診した平成16年までの40歳1701名分、50歳1483名分である。検診はキャリブレーションを受けた同一の歯科医師5名で、開始年度からすべての診査を行った。

B区では、集団型の基本健康診査のうちに、平成8年から歯科医師の指示・指導の下で、区の常勤の歯科衛生士らが、歯周組織の状況の測定を行い、これを基に歯科医師が診断してきた。今回の分析対象は、この歯周疾患検診を受診した平成16年までの40歳17166名分、50歳16603名分である。

C市では、市が歯科医師会へ委託し、歯科診療における個別型の歯周疾患検診を実施してきた。今回の分析対象は、40歳が平成13年からの2250名分、50歳が平成8年からの2961名分である。

なお、老人保健法に基づく歯周疾患検診は、平成8年から総合検診に組み込まれ実施が始まり、平成12年度からは単独の検診事業となり40、50歳を対象としてきたが、16年度からは60、70歳も対象として実施しているが。今回は比較的経過の長い40歳および50歳分を分析対象とした。

2. 成人歯科保健事業と禁煙支援事業の市区町村での連携に関する検討

平成14年地域保健・老人保健事業報告より、条件1)として、タバコ対策として禁煙指導を受けた者、または個別健康教育の喫煙対策を受けた者1人以上と報告されている市区町村、条件2)としては、歯周疾患対策として、歯科検診または保健指導（歯周疾患）を受けた者1人以上または老人保健法に基づく歯周疾患検診を受けた者1人以上であると報告している市区町村を抽出し、条件1)および2)を満たしていると判断された全国の市区町村を対象に、平成17年3月から4月にかけて、調査用紙を用いて郵便留置法にて調査を実施した。

C. 結果

1. 成人期の歯周疾患の罹患状況の年次推移の自治体間の差

図1にA市における平成7年から平成16年にわたる歯周疾患検診結果を示す。歯周疾患の状況を、CPIの個人最高コードで検討した。40歳では、進行した歯周疾患の罹患率すなわちCPI個人最高コード3・4である者の率は、平成7年度には50%を超えており、高度の歯周病罹患者が多かったが、本格的に事業が開始された平成9年度で約30%であり、その後5年間で半減以下に達し、その後はほぼそのレベルを保っている。50歳では、平成9年度に約45%であったが、5年後には約20%まで低下した。また、歯周疾患に関して所見のないもの（CPIコード0）が、40歳で10%から30%程度へ、50歳では10%から20%へと大きく増加し、進行した歯周疾患の者は減少する傾向がみられた。

B区での歯周疾患検診の結果を図2に示した。事業開始後、平成10年まで、40・50両年齢ともに、歯周疾患の増加がみられたが、ここをピークに徐々に両年齢ともに低下していく傾向を示した。平成8年の開始時に進行した歯周疾患の者の率は、40歳で約40%、50歳で約60%であったものが、平成16年には40歳で約25%へ、50歳で約45%へとともに15ポイント減少している。しかし、歯周疾患の所見のない者は、両年齢ともにあまり変化していない。

C市での、歯周疾患検診の結果を図3に示した。40歳・50歳ともに開始後と最近の値にあまり変化がなく、40歳では開始時に歯周疾患の進行している者は約15%程度であり、多少の変動しながら推移している。また、50歳でも25%前後で、平成8年以降平成17年まで推移している。また、同様に、歯周疾患の所見のない者は、40歳で15%程度、50歳で約10%であり、両年齢ともにあまり変化していない。

ついで、3地区の進行した歯周疾患罹患率の年次推移を図4に示した。40歳での推移をみると、A市では、平成8年から12年にかけて急激に低下し、その後、低下が緩やかになり、平成15年以降ほぼ一定になってきている。B区は平成8年では、A市より若干低い値であったが、11年まで上昇し、それ以降16年に向けて、低下してきているが20%後半である。一方、C市は、平成13年以降の結果であるが、20%挟み上下しながら推移していた。

50歳での推移では、A市は平成9年の約45%から徐々に低下し、20%程度まで低下している。B市は平成8年の60%程度から11年までは徐々に上昇し、それ以降は緩やかに低下し、16年度には約45%になった。一方、C市は、平成8年の当初より約30%と低めの値で推移し、平成17年でもほぼ同様の値であった。

2. 成人歯科保健事業と禁煙支援事業の市区町村での連携に関する検討

対象自治体となった自治体数は、521であった。自治体を類型別に、保健所設置の市(以下政令市)、15万以上の市、10~15万未満の市、5~10万未満の市、3~5万未満の市、3万未満の市、3万以上町村、1~3万未満町村、1万未満町村の9区分に分けて分析を行なった。

調査用紙の回収状況は表1に示すように、全体では403自治体(77.4%)であった。回収状況を自治体類型別でみると、保健所設置の市・特別区、人口3万人以上の自治体ではおおむね80%を超える高い回収率であったが、人口1万未満の町村では約70%であった。

質問票を図5に示した。調査対象の全自治体を対象に、回答を集計したQ1~3の結果は図1に、歯周疾患に関する保健事業と禁煙支援事業が連携をもってなされている自治体を対象に集計したQ4~6の結果を図2に示す。Q1~3の結果から、歯周疾患に関する保健事業と禁煙支援事業が全体では40%程度が同時に行われているのではないかと推定された。また、自治体が大規模であるほど、禁煙と歯科保健を関連させた事業を行なっている傾向がみられ、保健所設置の市区では60%を超えていた。その中で、歯周疾患検診時の禁煙教育・指導・支援が全体でも約30%であり、大規模な自治体では50%前後であり、比較的良く行われていることが伺われた。

歯周疾患に関する保健事業と禁煙支援事業がなされている自治体では、喫煙状況を76.2%が聞いているが、喫煙状況の集計結果をだして把握している自治体は、全体ではわずか18.8%であった。Q6歯周疾患検診時の禁煙教育については、全体で39.9%であったが、他の問と異なり、類型間であまり差が見られなかった。

また、Q7には、全体では91(50.3%)が記載していると回答してきたが、保健所設置の市区では92.6%と高い数値がみられた。

D. 考察

1. 成人期の歯周疾患の罹患状況の年次推移の自治体間の差

今までに、地域で成人の歯周疾患の定点観測したデータはあまり知られていない。そこで、今回は、同一地域で歯周疾患の罹患状態がどのような推移しているのかを3地域で比較・検討した。

今回、分析対象とした地域は、それぞれA市は、(東海地方:人口12万人)農業・工業・観光といったところが主たる産業であり、B区は、(東京都特別区:人口62万人)一部農業地域もあるが新興住宅地が多い地域である。また、C市は、(南関東:人口24万人)古くから栄えた地域であるが、大企業の工場も多く、また都心へのベッドタウンでもある。これらの地域では、比較的早期よりCPI(WHOによって推奨されている集団型の歯周疾患検診法)による歯周疾患検診に、異なったアプローチで、取り組んできたところである。なお、この3地区ともに常勤の歯科衛生士が行政に配置されている。

歯周疾患の罹患状況に関しては、全体的には両年齢とも改善され、軽症化する傾向が見られるが、地域による差異がみられた。事業開始時に比較的高い罹患率を持っている地域は差こそあれ、低下傾向がみられたが、開始時点で低い値の地区では、ほとんど変化が見られなかった。この差異は、検診の実施方法に関連するのではないかと考えられた。歯科診療所での歯周疾患検診の受診者を、総合検診の中に組み込まれた歯周疾患検診の受診者と比較すると、う蝕など歯の状況は変わらないものの、歯周疾患の状況には、差が出ることが知られており、これによるものではないかと考えられた。また、同じ集団検診型でも A 市と B 区が異なるのは、その地区での地域全体での歯周疾患対策の実施による差ではないかと考えられた。市町村における歯科保健事業の実施は、市町村区分や人口規模および歯科保層マンパワーの配置状況などの影響を受けている可能性を筆者らは示唆してきたが、一方の地域では、歯周疾患予防に関わる事業を過去 10 年間に国等の助成を受けて、積極的に歯周疾患検診、予防教室および相談を実施したことにより、住民のみならず歯科医療従事者のとって歯周疾患についての認識や知識が深まった結果と考えられた。

これらより、歯周疾患の罹患状況が、ある一定の罹患状況までは、住民の意識や地域での通常老人保健法の事業として行われている歯周疾患検診や歯周疾患の健康教育・相談などを実施することで低下したと考えられるが、40 歳で 10%、50 歳で 20% が限界であるとは考えにくく、今後の新たな事業の展開、すなわち後述する禁煙支援との連携や歯科保健情報の集約をおこなうなどより、更なる低下が可能であると思われる。

さらに、改善される割合が、40 歳の方が 50 歳に比べ高い傾向にあり、40 歳と 50 歳では歯周疾患の罹患率が異なるだけでなく、経年的な改善傾向が異なることが示唆された。つまり、今後歯周疾患の改善を目指す事業を行う場合、このことを考慮した上、実施していく必要があると示唆された。

2. 成人歯科保健事業と禁煙支援事業の市区町村での連携に関する検討

健康日本 21 では、すべての市区町村で禁煙支援を受けることができるようにしている。また、一方では、歯周疾患予防も項目として上げられているのみならず、歯周疾患が成人期以降歯を失う原因として大きな役割を演じていることも知られている。さらに、近年、歯周疾患の罹患・進行と喫煙習慣との間には強い関連性が指摘されているものの、地域での禁煙支援・教育の状況は知られていない。そこで、全国市区町村での成人歯科保健事業と禁煙支援との関連状況を把握するため、老人保健事業の実施状況など基にして、全国の自治体への調査を行った。

そこで、いわゆる禁煙支援を実施しており、かつ成人歯科保健事業も実施している市区町村を対象に調査を行ったが、歯周疾患に関する保健事業と禁煙支援事業が全体では 40% 程度が同時に行っていると考えられ、人口規模の大きな自治体ほど高い傾向を示したが、この理由については、歯周病検診の中で禁煙関連事業を行っている割合が人口規模の大きい自治体ほど高いのみならず、とくに歯科保健事業の中で禁煙に関する健康教育の実施が自治体の類型別で差があることから、人口規模の大きな自治体ほど歯科関係職種の配置があり、これらを推進しているのではないかと考えられた。しかし、禁煙支援の中で、歯周疾患の指導を行っている割合は、保健所設置市が 40% を越えているが、他はあまり差がないことから、保健師などが主体で実施している事業でも、ある一定以上の連携がとられていると考えられた。

また、歯周疾患に関する保健事業と禁煙支援事業が同時に行われている自治体のみを対象に以下の集計を行った。これらの自治体では歯科保健事業で喫煙状況を聞いている割合が極めて高いにもかかわらず、喫煙状況別の集計をしている自治体が少ない。これは日常業務の煩雑な業務状況ではなかなか集計までに行かないことが多いことを示しており、このため容易に集計できるような方法を広め

ていくことが課題と考えられた。この結果分析ができれば、市区町村における歯周疾患と禁煙支援の連携はより進むと思われる。そのため、本年度の研究より、この部分についての検討も開始しており、次年度につなげたいと考えている。

一方、歯周疾患検診時の禁煙教育の実施状況については、自治体類型による差異が少なく、自治体の規模関係なく行なえる事業である可能性が示唆された。

さらに、同時に事業を行っている自治体では全体で50%が健康日本21の地方版に、喫煙と歯周疾患の関係について記載されているが、類型別では保健所設置市が90%以上を示し、ついで市が高い傾向を示し、町村では低い傾向であったが、保健計画の策定自体がなされていない可能性もあるものの、周知活動は、今後町村へ向けてしていく必要がある。

E. 結論

健康日本21の目標達成のための効果的な歯科保健活動の状況を調査するために、成人期の歯周疾患状況の推移を複数の地域で調査した。また、成人歯科保健事業と歯周疾患と関連が強いとされている喫煙に対する取り組みの市区町村での連携に関する状況を調査した。

歯周疾患の罹患状態は、今回の観測から見る限り、進行した歯周疾患を有する者の割合は、地域によって差異があるが、開始時に40歳で40%強であった地域では、最高時の値に比べに40%以上減少している。また、50歳でも同様に開始時に比較的高い罹患率を有していた地域では、30%程度低下した。しかし、開始時の罹患状態の低い地域では、罹患状況の変化がほとんどなかった。また40歳と50歳とでは減少の割合が異なっていたことも含め、健康日本21の目標を再考する必要がある。

一方、成人歯科保健事業と禁煙支援との関連状況を把握するため、全国の自治体への調査を行い、回収率は77.4%であった。

歯周疾患に関する保健事業と禁煙支援事業が全体では40%程度が同時に実施されていると推定され、歯周疾患検診時の禁煙教育・指導・支援が、全体で約30%の実施であった。歯周疾患に関する保健事業と禁煙支援事業が連携を持ってなされている自治体では、喫煙状況を76.2%が聞いているが、喫煙状況の集計結果をだして把握している自治体はわずか18.8%であった。どの事業でも、大規模な自治体では比較的良く行われていたが、歯周疾患検診時の禁煙教育は、全体で39.9%であり、自治体の類型間であまり差が見られなかった。

今後、さらなる成人歯科保健の向上を図るには従来型の歯科保健教育にとどまらず、禁煙支援などの連携を図っていくことと健康情報を集約して有効に活用していく必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 上原裕美子, 上原任, 鳥越有貴, 青山旬, 尾崎哲則: 全国の市区町村における成人歯科保健と禁煙対策の連携実施に関する調査, 第64回日本公衆衛生学会, 札幌, 2005, 9
- 2) 尾崎哲則, 上原裕美子, 青山旬: 全国の市区町村における禁煙支援と歯科保健事業連携実施

に関する調査, 第2回日本禁煙学会, 松山, 2006. 2

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 質問票の自治体類型別回収状況

	回答あり	対象数
	自治体数 (%)	
保健所設置市	43 (87.8)	49
15万以上その他の市	16 (80.0)	20
10～15万未満その他の市	22 (88.0)	25
5～10万未満その他の市	34 (75.6)	45
3～5万未満その他の市	31 (81.6)	38
3万未満その他の市	13 (92.9)	14
3万以上町村	20 (87.0)	23
1～3万未満町村	110 (76.9)	143
1万未満町村	114 (69.5)	164
合計	403 (77.4)	521

図1 A市における歯周疾患検診結果・CPI分布の年次推移

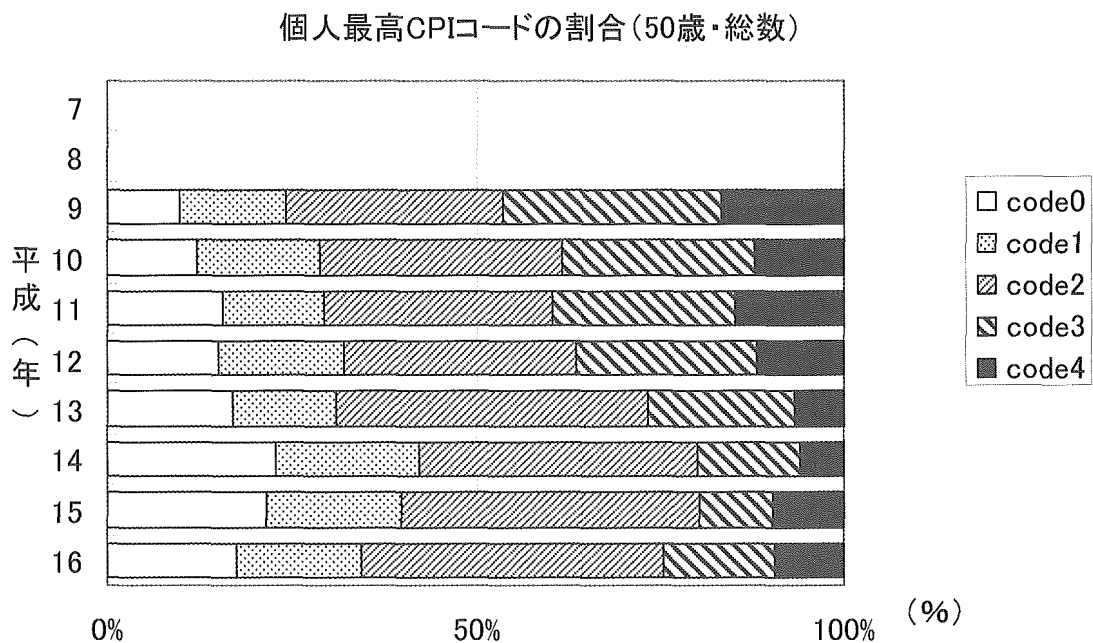
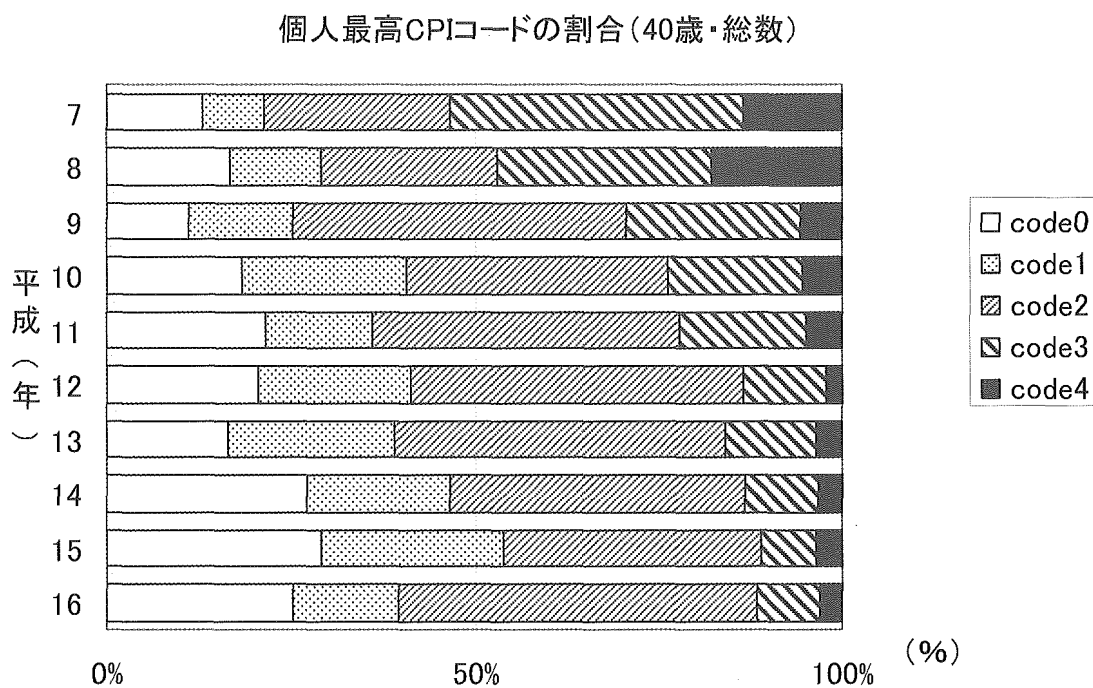


図2 B区における歯周疾患検診結果・CPI 分布の年次推移

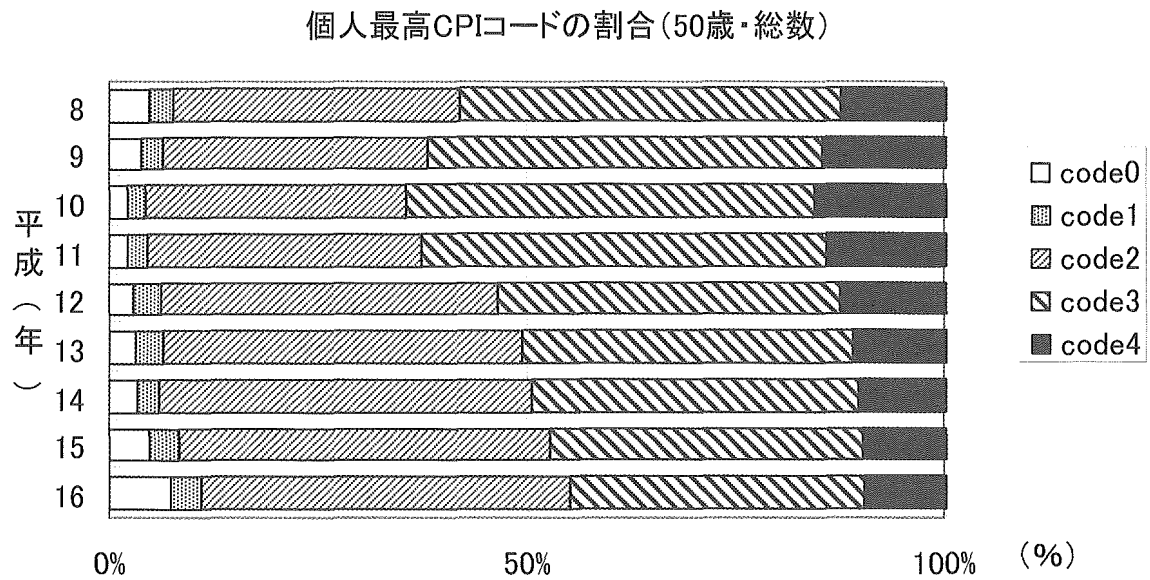
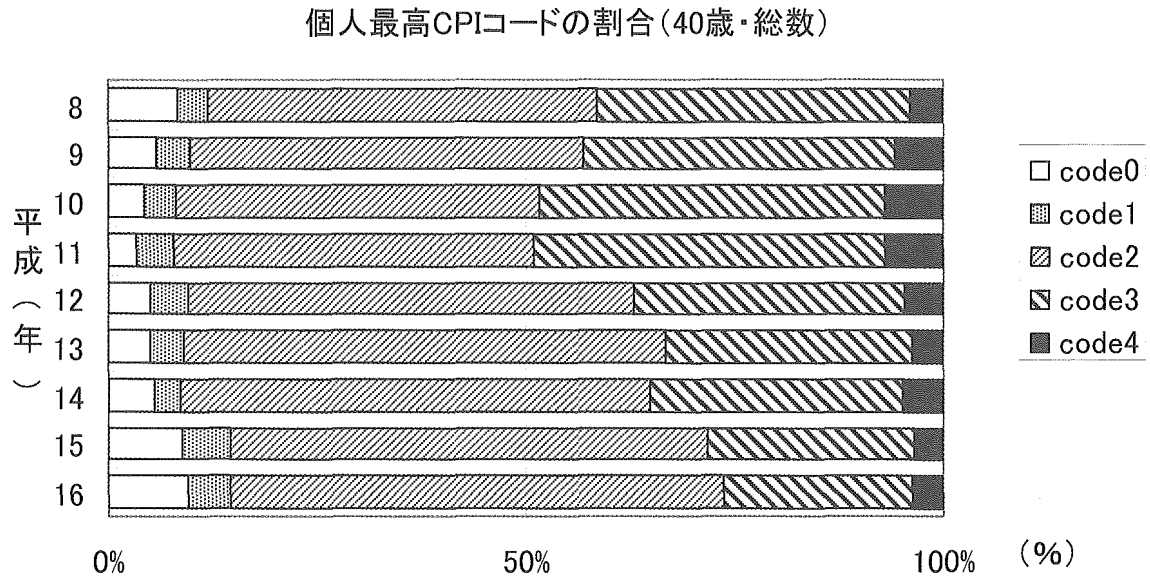


図3 C市における歯周疾患検診結果・CPI 分布の年次推移

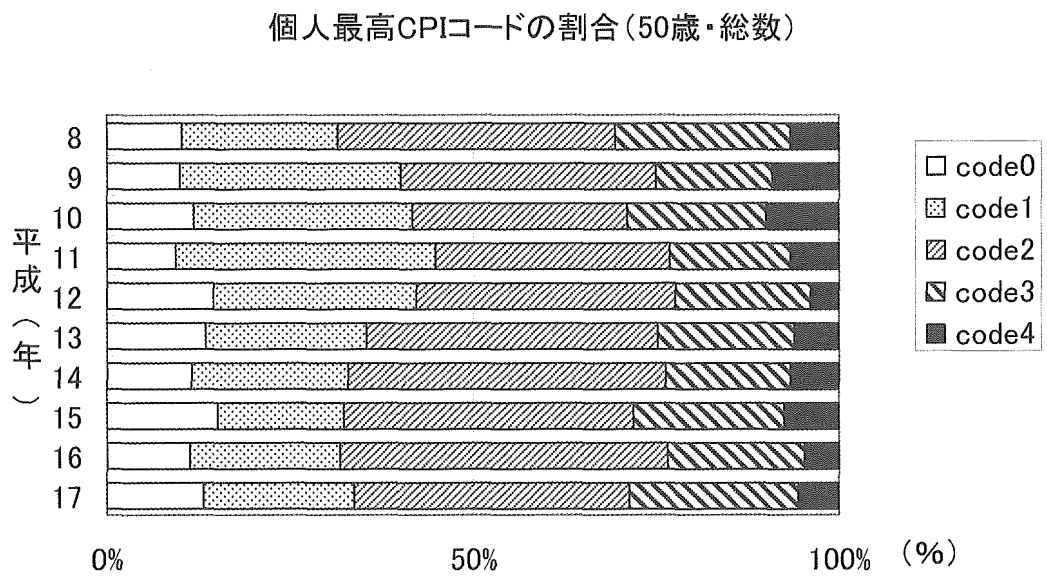
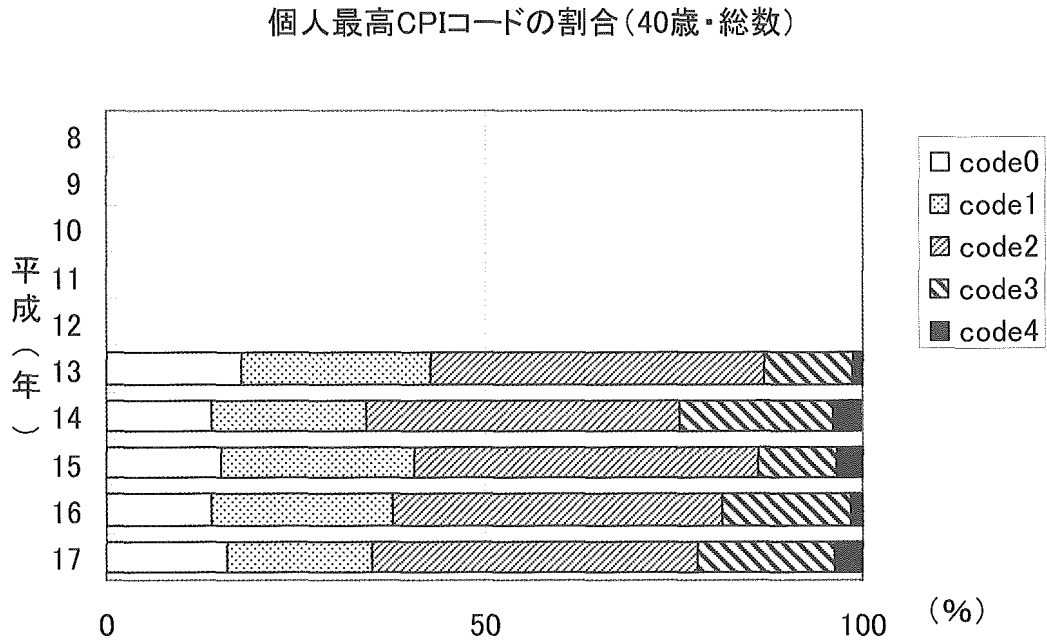
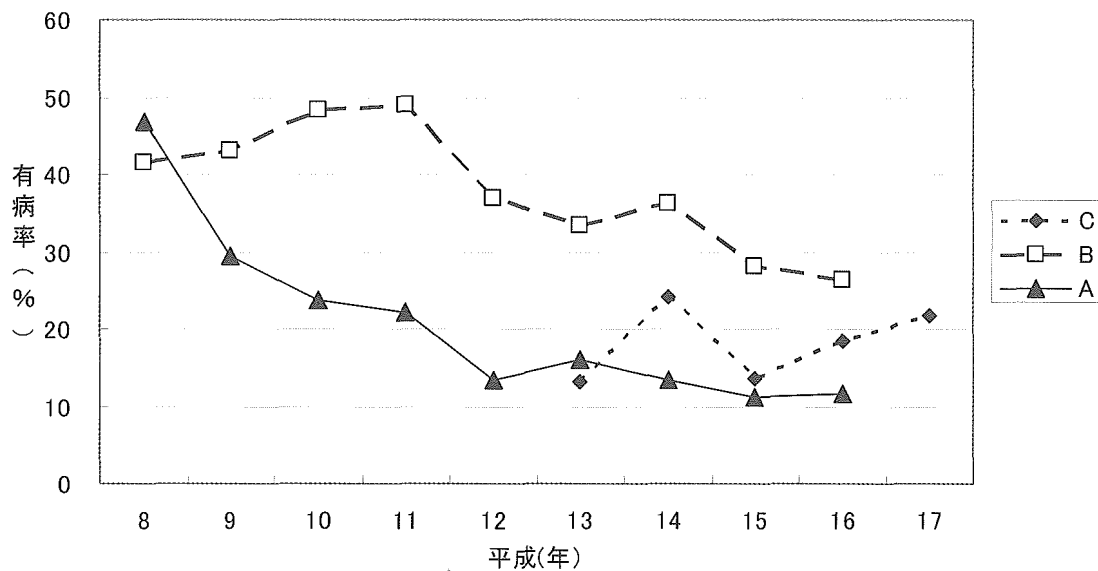


図4 歯周疾患有病者率の年次推移

歯周疾患罹患率の推移(40歳)



歯周疾患有病率の推移(50歳)

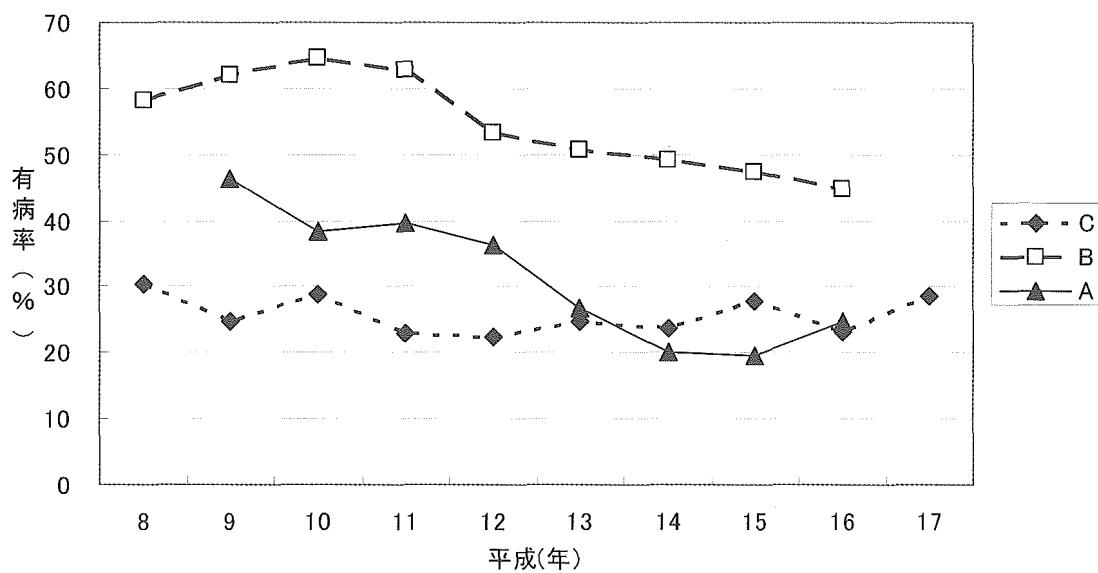


図5 調査票

成人歯科保健と禁煙対策の連携実施に関する調査

以下の設問に該当する回答の番号を○で囲んでください。

1. 歯周疾患検診または成人歯科健診・歯科保健指導において禁煙教育・指導・支援をおこなっていますか？

(1) 行っている (2) 行っていない

2. 禁煙教育・指導・支援の中で、歯周疾患に関する健康教育や保健指導を行っていますか？

(1) 行っている (2) 行っていない

3. その他、歯科保健事業に禁煙に関する健康教育等を実施していますか。

(1) 行っている (2) 行っていない

1、2、3とも(2)行っていない場合は、これで終了です

歯周疾患検診、成人歯科健康診査、成人歯科保健指導を実施している場合は4～7にお答えください。

4. 歯科保健に関する調査や歯科健診の間診において喫煙状況を聴いていますか。

(1) 行っている (2) 行っていない

5. 喫煙状況別の歯科保健状況の結果集計を行っていますか。

(1) 行っている (2) 行っていない

6. 歯周疾患検診において禁煙支援、禁煙教育を行っていますか。

(1) 行っている (2) 行っていない

7. 健康日本 21 地方計画の歯の健康、地域歯科保健計画に喫煙状況の把握や喫煙が歯周疾患に影響を及ぼすことの認識状況について記載されていますか。

(1) 記載されている (2) 記載されていない

ご協力ありがとうございました。

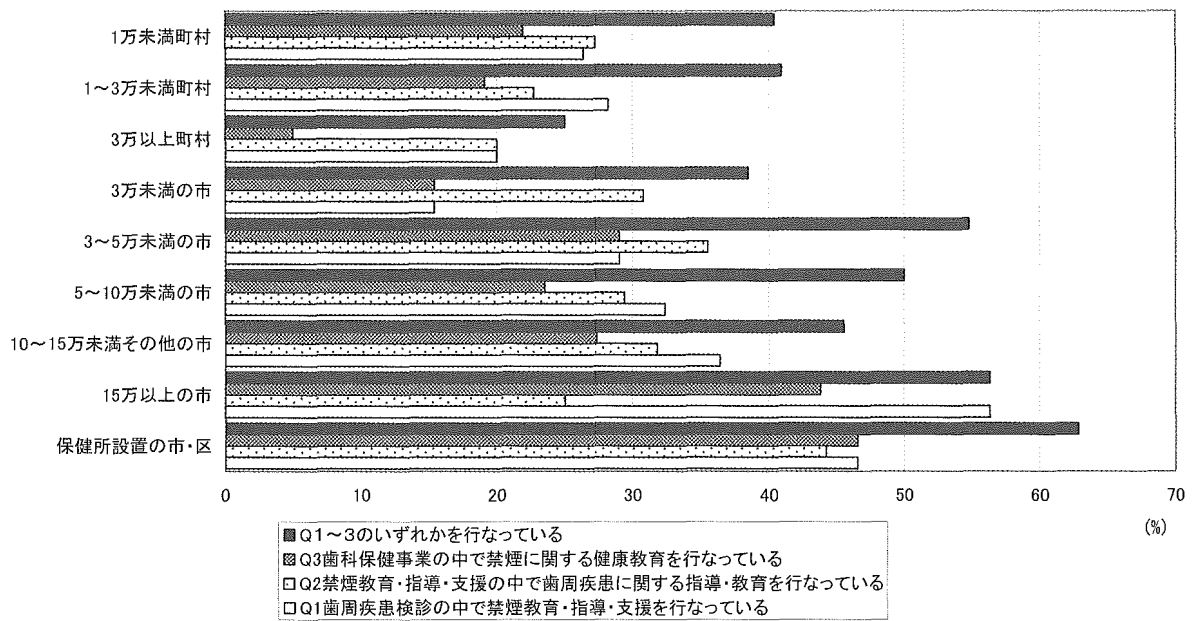


図6 Q1～Q3の結果

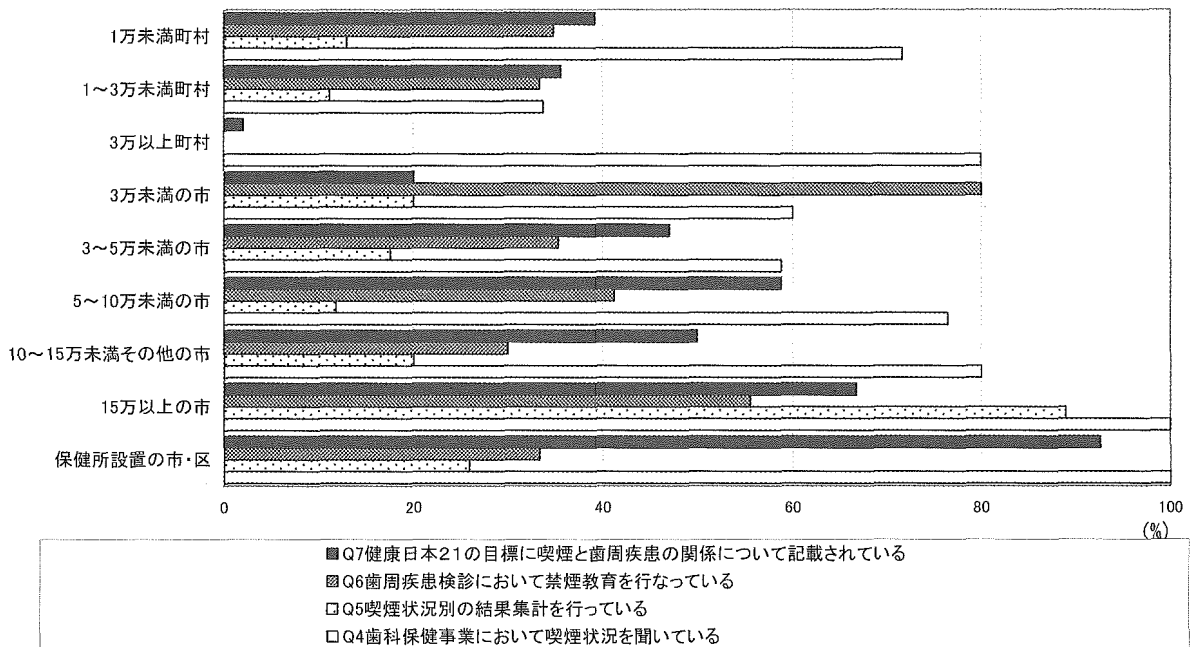


図7 Q4～Q7の結果