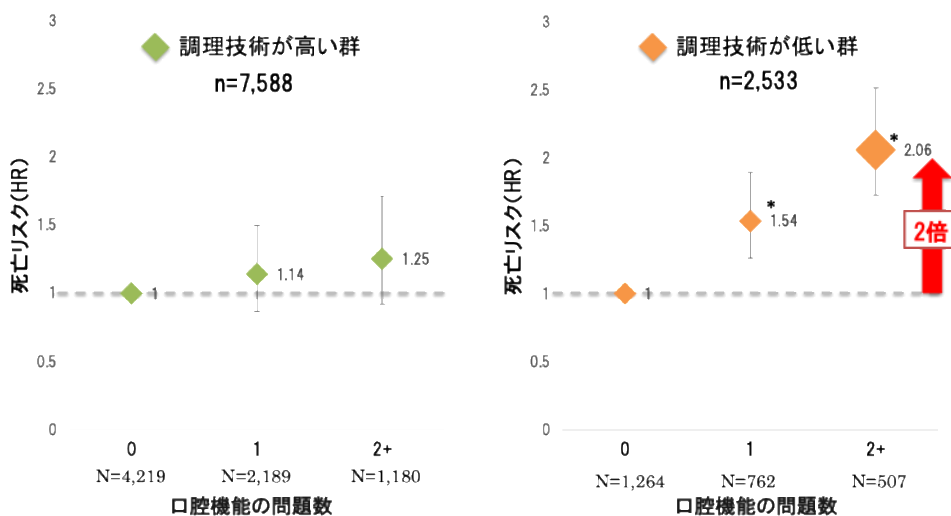


調理技術が低いと 口腔機能問題による死亡リスク2倍

高齢期になると、嚥下や咀嚼などの口腔機能が低下し、さまざまな健康リスクにつながります。しかし、口腔内の問題による健康リスクを緩和できるものについてはわかっていません。本研究では、65歳以上の地域在住の日本の高齢者10,121名を対象として、調理技術が口腔機能の問題による死亡リスクを緩和するかどうかを検証しました。3年間の追跡研究の結果、調理技術が低い場合では、口腔機能問題が無い人に比べ、2つ以上の問題がある人では死亡リスクが2倍でした。一方、調理技術が高い場合では、口腔機能問題は死亡リスクにはなりません。調理技術の向上は、口腔機能低下による健康リスクの軽減につながるかもしれません。

お問合せ先： 東京科学大学 公衆衛生学分野 准教授 谷 友香子 tani.hlth@tmd.ac.jp



年齢、性別、教育歴、収入、婚姻状況、就労状況、手段的日常生活動作、BMI、健康状態の影響を調整しています。*は統計的に有意な関連があったことを示しています。口腔機能の問題が無い人を基準にしています。

■背景

口腔機能の状態が悪くなるのが死亡リスクにつながる事がわかっています。適切な調理技術があれば、口腔機能の問題による食べられるものが限られてしまうといった問題に対処できる可能性があります。そこで本研究では、調理技術が口腔機能の問題による死亡リスクの上昇を緩和できるかどうかを検証しました。



■対象と方法

2016年に実施したJAGES(Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究)調査に参加した65歳以上高齢者を3年間追跡し、10,121名を解析対象者としてしました。口腔内の問題は、3つの口腔機能の問題(嚥下機能低下:お茶や汁物でむせることがありますか、咀嚼機能低下:半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか、口腔乾燥感:口の渇きが気になりますか)の該当数(0, 1, 2個以上)を算出しました。調理技術は、7項目からなる調理技術尺度を用いて評価し、調理技術が高い群と低い群に分けました。年齢、性別、教育歴、収入、婚姻状況、就労状況、手段的日常生活動作、BMI、健康状態(うつ、がん、心臓病、脳卒中、糖尿病、高血圧、高脂血症)の影響を調整して統計学的な評価を行いました。

■結果

調理技術が高い群(7,588人)では、口腔機能の問題が0個の人が4,219人、1個の人が2,189人、2個以上の人が1,180人でした。そのうち、追跡期間中に死亡が確認された人がそれぞれ、130人(3.1%)、92人(4.2%)、65人(5.5%)でした。調理技術が低い群(2,533人)では、口腔機能の問題が0個の人が1,264人、1個の人が762人、2個以上の人が507人でした。そのうち、追跡期間中に死亡が確認された人がそれぞれ、60人(4.7%)、68人(8.9%)、73人(14.4%)でした。年齢、性別、教育歴、収入、婚姻状況、就労状況、手段的日常生活動作、BMI、健康状態(うつ、がん、心臓病、脳卒中、糖尿病、高血圧、高脂血症)の影響を取り除いて解析した結果、調理技術が低い群では、口腔機能の問題が0個の人に比べ、1個の場合の死亡リスクが1.5倍、2個以上の場合の死亡リスクが2.1倍でした。一方、調理技術が高い群では、口腔機能の問題があっても死亡リスクが上昇することはありませんでした。

■結論

調理技術が低い場合には口腔機能の問題が死亡リスクとなること、つまり、調理技術が高ければ口腔機能の問題は死亡リスクにはならないことが示唆されました。

■本研究の意義

加齢とともに口腔機能の問題が増えることを考えると、高齢者の調理技術の向上を支援する取り組みが口腔機能低下による健康リスクの軽減につながるかもしれません。

■発表論文

Tani Y*, Yamamoto T, Kusama T, Kinugawa A, Aida J, Fujiwara T, Kondo K. Cooking skills modify the association between oral health and mortality. *Age and Ageing*, vol 52, afad180 (2023)

■謝辞

本研究は、JAGES プロジェクトデータを使用しました。JAGES プロジェクトは、日本学術振興会(JSPS)科学研究費助成事業(KAKENHI)(JP15H01972、22K10578)、厚生労働科学研究費補助金(H28-長寿-一般-002)、日本医療研究開発機構(AMED)(JP18dk0110027、JP18ls0110002、JP18le0110009、JP20dk0110034、JP21lk0310073、JP21dk0110037、JP22lk0310087)、産学共創プラットフォーム共同研究推進プログラム(OPERA、JPMJOP1831)、自殺総合対策推進センター「革新的自殺対策研究プログラム」助成金(1-4)、笹川スポーツ財団助成金、健康・体づくり事業財団助成金、千葉県健康づくり財団助成金、8020 推進財団令和元年度研究助成(採択番号:19-2-06)、明治安田生命厚生事業団助成金、国立長寿医療研究センター長寿科学研究費(29-42、30-22、20-19、21-20)からサポートを受けました。さらに、厚生労働省科学研究費補助金(22FA2001、22FA1010)の助成も受けました。

注:本プレスリリースの「差」や「結果」や「関連」は「統計的に有意な差や結果や関連」を示します。これは、分析結果が偶然に得られた可能性が5%未満であることを意味します。