

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

在宅高齢者の生活環境、地域環境および

介護予防プログラム・介護サービスと高齢者の健康に関する疫学研究

(H24 - 長寿 - 若手 - 009)

平成25年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 相田 潤 (東北大学大学院歯学研究科)

平成26(2014)年 3月

目 次

I. 研究組織	1
. 総括研究報告	2
日本における高齢者の日常生活動作 (IADL) の地域差と、栄養と口腔を含む決定要因の研究 相田 潤	
. 分担研究報告書	
日本人高齢者の残存歯数の地域格差と関連要因の分析	13
小坂 健	
前向きコホート研究による、日本人高齢者の閉じこもりのリスク要因	20
口腔機能に注目した解析 近藤 克則	
. 研究成果の刊行に関する一覧	26
. 研究成果の刊行物・別刷	30

I . 研究組織

研究代表者

相田 潤

東北大学大学院歯学研究科 国際歯科保健学分野・准教授

研究分担者

小坂 健

東北大学大学院歯学研究科 国際歯科保健学分野・教授

近藤 克則

日本福祉大学健康社会研究センター・教授

研究協力者

小山 史穂子

東北大学大学院歯学研究科・大学院生（博士課程）

佐藤 遊洋

東北大学大学院歯学研究科・大学院生（博士課程）

上野 路子

東北大学大学院歯学研究科・大学院生（修士課程）

. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
総括研究報告書

「在宅高齢者の生活環境、地域環境および介護予防プログラム・介護サービス
と高齢者の健康に関する疫学研究」
(H24 - 長寿 - 若手 - 009)

日本における高齢者の日常生活動作（IADL）の地域差と、栄養と口腔を含む決定要因の研究

研究代表者 相田 潤（東北大学大学院歯学研究科 准教授）
研究協力者 佐藤 遊洋（東北大学大学院歯学研究科 大学院博士課程）

研究要旨

高齢者の健康状態の地域格差が指摘されており、この解消が高齢者の健康水準の向上にもつながる。「健康日本 21（第 2 次）」においても健康格差の縮小が明記されている。これまで高齢者の日常生活動作（以下 IADL）低下のリスクの地域格差については報告が少ない。また、歯の喪失が原因による咀嚼困難などの口腔機能低下は、高齢者の栄養状態を低下させ、要介護のリスクが高くなる可能性も示唆されている。本研究では、IADL の地域差の実態を把握するとともに、地域差に関連し、比較的介入を実施しやすい要因として栄養と口腔を中心とした関連要因を明らかにすることを目的とした。分析には日本老年学的評価研究プロジェクト（JAGES プロジェクト）において収集された 2010-11 年の 30 自治体における調査の横断研究データを用いた。分析の結果、IADL が低い（13 点中 10 点以下）者の割合は全国平均 22.7%で、自治体別では 16.9%から 32.3%の地域差が存在した。地域による個人属性変数、社会属性変数、地域属性変数、口腔属性変数を調整した結果、IADL が低いリスクの地域格差はオッズ比で最大 2.56 倍（95%CI=2.02-3.20）であった。栄養摂取状態により地域差の一部が説明できた。また、残存歯数または野菜や果物の摂取頻度が少ないことは IADL が低いリスクを増加させる方向に関連した。20 歯以上ある場合に比べて、無歯顎では IADL が低いオッズ比が 1.35 倍（95%CI=1.24-1.46）有意に高かった。野菜や果物の摂取頻度が毎日 2 回以上の者と比べて、週 1 回未満の者は IADL が低いオッズ比が 2.34 倍（95%CI=1.67-3.28）有意に高かった。さらに年齢を考慮した上でも、残存歯数が少ないほど、野菜や果物の摂取頻度が少ない傾向が認められた。また、個人のソーシャルキャピタルが低いほど、趣味が無いほど、IADL が低いオッズが有意に高かった（OR=1.925、95%CI=1.669-2.220、OR=2.260、95%CI=2.149-2.377）。そのため、歯の喪失を防ぎ、また義歯により咀嚼機能を回復させることで、野菜や果物の摂取量低下が防がれ、IADL が低いリスクを軽減し、さらに IADL の地域差も縮小することにつながる可能性が示唆された。また、ソーシャルキャピタルが向上するような地域での取り組みや、趣味活動の促進も、IADL の低下を抑制する可能性が示唆された。

A. 研究目的

「健康日本 21（第 2 次）」においても健康格差の縮小が明記された。高齢者の健康状態の地域格

差が指摘されており、高齢者の健康水準向上のためにも、格差の解消が望まれる。これまで高齢者の転倒や鬱などの要介護状態になるリスクには地

域差があると報告されているが¹、日常生活動作（以下 IADL）の地域格差については報告が少ない。要介護状態になる一つのリスクとして、IADL は重要であり、地域比較研究が求められる。

介護政策の中で、口腔機能の向上と栄養改善はそれぞれ重視されている分野である。歯の喪失が原因による咀嚼困難などの口腔機能低下は、高齢者の低栄養状態をまねく可能性がある^{2,3}。そして高齢者の低栄養状態は、1年以内の転倒歴や入院歴などのリスク要因と考えられている⁴。しかし、IADL と口腔の健康の関連を調べた研究は少ない。

そこで本研究では、高齢者の IADL 低下とその地域格差を解消するための提言の基礎資料とするために、IADL の地域差と、それに関連するリスク要因を明らかにすることを目的とした。さらに介入が比較的实施しやすい口腔と栄養に関する要因がどのような寄与をしているか明らかにすることも目的とした。

B. 研究方法

本研究は JAGES（Japan Gerontological Evaluation Study、日本老年学的評価研究）プロジェクトの 2010 年 - 2011 年調査のデータを用いた横断研究である。要介護認定を受けていない 65 歳以上の高齢者を対象とした自記式郵送調査のデータを用いた。今回利用する変数に欠損のない 30 自治体のデータを解析に用いた。

目的変数として、自記式質問紙による IADL を用いた。IADL の質問は次の 13 項目である；1. バスや電車を使って一人で外出ができますか、2. 日用品の買い物ができますか、3. 自分で食事の用意ができますか、4. 請求書の支払ができますか、5. 銀行預金、郵便貯金の出し入れが自分でできますか、6. 年金などの書類が書けますか、7. 新聞などを読んでいますか、8. 本や雑誌を読んでいますか、9. 健康についての記事や番組に関心がありますか、10. 友達の家を訪ねることがありますか、11. 家族や友達の相談にのることがありますか、12.

病人を見舞うことができますか、13. 若い人に自分から話しかけることがありますか。以上の質問に対し、それぞれ、はい（1点）・いいえ（0点）で回答を得て、合計点が 10 点以下を低 IADL 群、11 点以上を高 IADL 群とした。

説明変数として、基本属性変数（性別、年齢）、健康関連変数（BMI、うつ、外出頻度）、栄養と口腔関連変数（飲酒、喫煙、肉や魚の摂取頻度、野菜や果物の摂取頻度、残存歯数）、社会属性変数（教育歴、等価所得、家族構成、趣味の有無）および、個人のソーシャルキャピタル変数（住居地区への信頼感）を用いてロジスティック回帰分析を行った。統計解析には SPSSver18 を用いた。

C. 研究結果

2010 年から 2011 年の間に、169,215 人に自記式郵送調査を送付し、112,123 から回答を得た（回収率 66.3%）。そのうち IADL の質問を回答していた 103,621 人を対象とした。全国で IADL が低下していた者の割合は 22.7%であった。自治体別では 16.9%から 32.3%の地域差が存在した（図 1）。

次に地域による年齢構成や性別構成、その他の変数の関連を考慮して IADL が低いリスクの地域差を検討した。IADL 低い状態であるオッズ比の地域差を図 2 に示す。年齢や性別の影響を調整した場合、最も IADL が良い地域に比べて、最も悪い地域では、2.37 倍（95%CI=2.02-2.77）IADL が低いオッズが高かった（図 2、性・年齢調整オッズ比）。健康関連変数、社会属性変数および個人のソーシャルキャピタル変数がモデル上同一条件とした場合に、最もオッズ比が大きい地域は別の地域となり、地域差のオッズ比は最も悪い地域で 2.42 倍（95%CI= 2.10-2.80）であった（図 2、性・年齢・健康関連変数・社会属性変数・個人のソーシャルキャピタル変数調整オッズ比）。口腔環境要因を投入したところ、最もオッズ比が大きい地域のオッズは 2.43 倍（95%CI=2.10-2.81）であった（図 2、性・年齢・健康関連変数・社会属性変数・

個人のソーシャルキャピタル変数・口腔関連変数調整オッズ比)。一方栄養摂取状態は、地域差の一部を多くの地域で説明し、最も大きい地域差のオッズ比は2.34(95%CI=2.02-2.71)となった(図2、性・年齢・健康関連変数・社会属性変数・個人のソーシャルキャピタル変数・口腔関連変数・栄養関連変数調整オッズ比)。ここから栄養摂取状態が悪いことが、基準地域と他地域の差を生み出す要因であることが示唆された。

次に、IADL が低いことと関連する要因の分析を行った。残存歯数が20歯以上ある場合に比べて、無歯顎者ではIADLが低いオッズが1.35倍(95%CI=1.24-1.46)有意に高かった(表1)。栄養摂取状態では、肉や魚の摂取頻度では有意差がみられなかった。一方、野菜や果物の摂取頻度が毎日2回以上の者と比べて、週1回未満の者はIADLが低いオッズが2.34倍(95%CI=1.67-3.28)有意に高かった(表1)。

さらに残存歯数が少ないことで野菜や果物の摂取量が低下するかどうかの検討を行った。年齢階級別のクロス集計の結果、残存歯数が少ないほど、野菜や果物の摂取頻度が少なかった(表2)。

次に、残存歯数の低下が野菜や果物摂取の低下を招き、IADLを低下させる可能性についての検討を行った。IADLが低いことを目的変数とした多変量解析において、残存歯数のオッズ比の一部は、野菜や果物の摂取頻度で説明された(野菜や果物を投入前の無歯顎者のIADLが低いオッズ比は1.38倍であり、野菜や果物の変数を投入して1.35倍に減少した)。ここから弱いながらも、口腔・栄養・IADLのパスウェイが存在する可能性が示唆された。

また、個人のソーシャルキャピタルが低いほど、趣味が無いほど、IADLが低いオッズが有意に高かった(OR=1.925、95%CI=1.669-2.220、OR=2.260、95%CI=2.149-2.377)(表1)。

D. 考察

日本においてIADLの地域差はオッズ比で最大

約2.5倍であり、その地域差の一部は野菜や果物の摂取状態で説明できることが示唆された。また、野菜や果物の摂取が少ないことと、残存歯数が少ないことはIADLが低いことと有意な関連を示した。そのため、歯の喪失を防ぎ、また義歯により咀嚼機能を回復させることで、野菜や果物の摂取量を増加させれば、IADLが低いリスクを軽減でき、地域差も縮小することにつながる可能性が示唆された。また、ソーシャルキャピタルが向上するような地域での取り組みや、趣味活動の促進も、IADLの低下を抑制する可能性が示唆された。

IADLが低いリスクの地域差は一部、栄養摂取状態で説明できたが依然として約2.5倍のIADLが低いリスクの地域差が残った。今回使用した変数以外の要因によって、この地域差が生じている可能性があり、さらなる探索が必要である。

E. 結論

日本の30自治体においてIADLが低い者の割合に地域差が存在し、その一部は野菜や果物の摂取状態で説明できることが示唆された。歯の喪失を防ぎ、また義歯により咀嚼機能を回復させることで、野菜や果物の摂取量を増加させれば、IADL低下のリスクを軽減でき、地域差も縮小することにつながる可能性が弱いながらも示唆された。また、ソーシャルキャピタルが向上するような地域での取り組みや、趣味活動の促進も、IADLの低下を抑制する可能性が示唆された。今後、縦断研究や介入研究による検討が必要である。

<文献>

1. 近藤克則編 2013 健康の社会的決定要因 疾患・状態別「健康格差」レビュー. 一般財団法人日本公衆衛生協会. 東京.
2. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, et al: The relationship between oral health status and Body Mass Index among older people: a national survey of older people in Great Britain.

Br Dent J 192(12): 703-706, 2002

3. Marcenes W, Steele JG, Sheiham A, et al: The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. Cad Saude Publica 19(3): 809-816, 2003

4. 熊谷修, 柴田博, 湯川晴美: 地域在住高齢者の身体栄養状態の低下に関連する要因, 栄養学雑誌, 63(2), 83-88(2005)

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

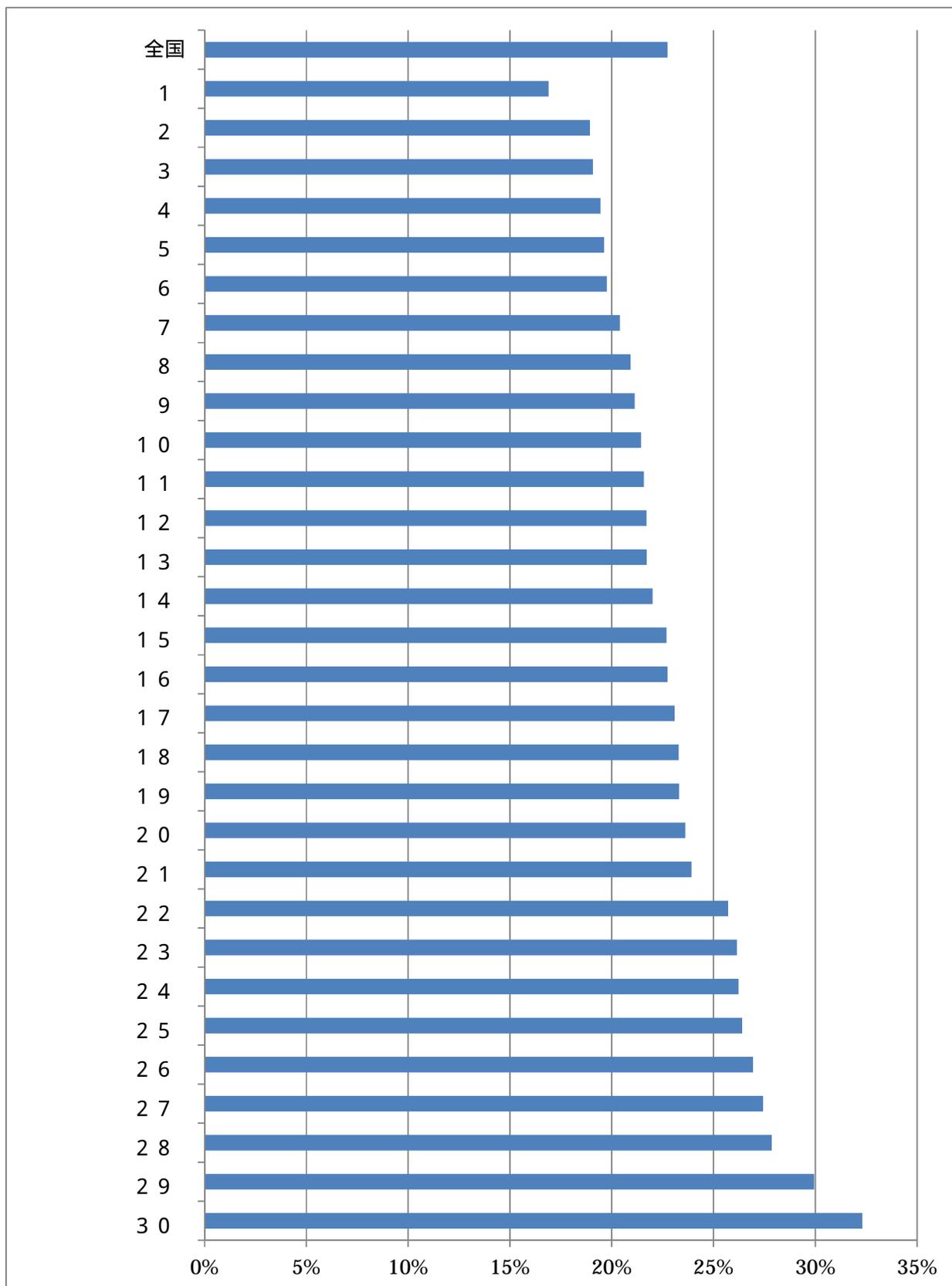


図 1 : 30 自治体別の IADL 低下群の割合(N=103,621)

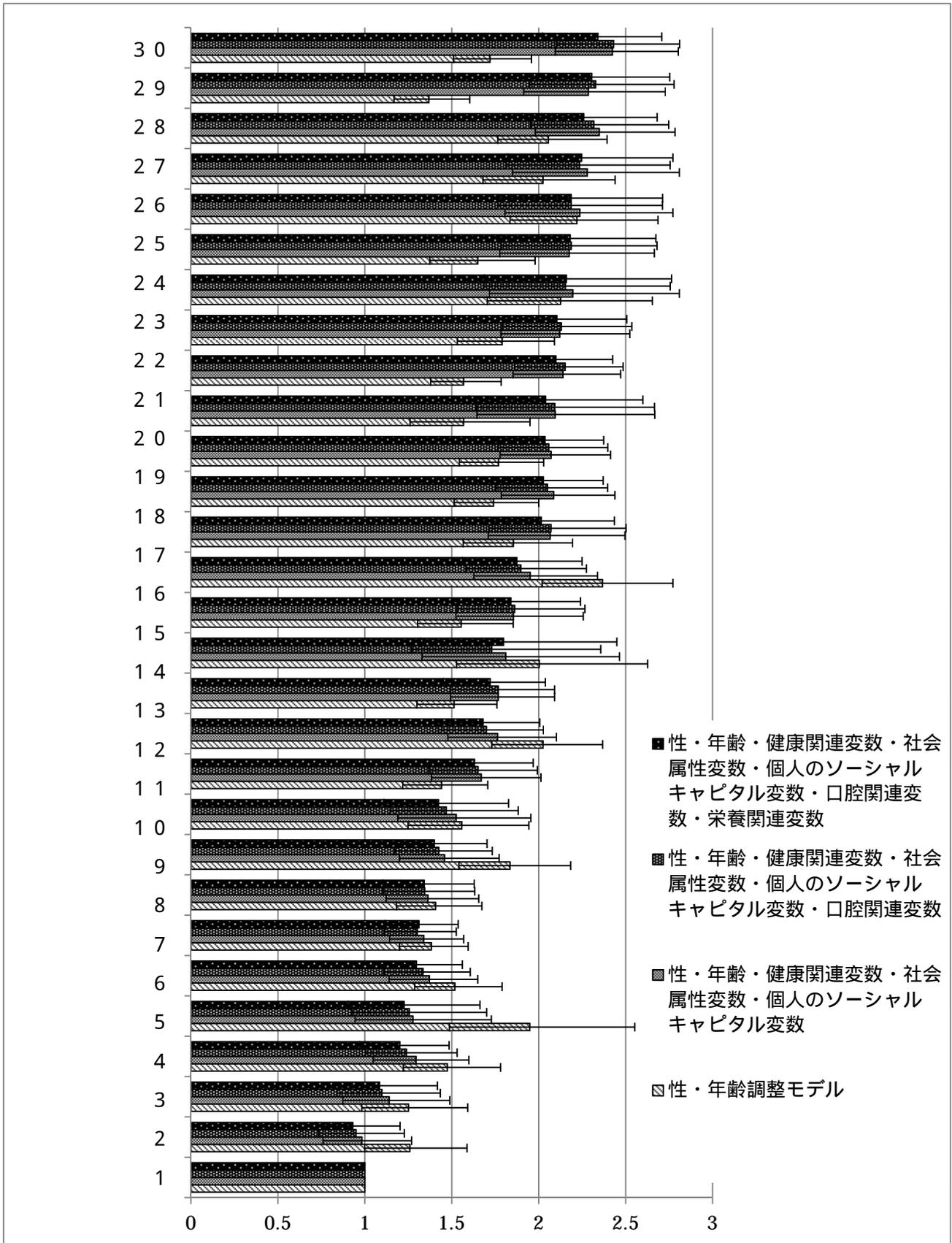


図 2：ロジスティック回帰分析による、IADL が低い状態の地域差のモデルごとのオッズ比(N= 51,771)

表 1 : IADL が低いことに関連する要因のロジスティック回帰分析による検討結果(N=51,771)

		95%信頼区間			有意確率
		オッズ比	下限	上限	
年齢	65-69 歳	1.000			
	70-74 歳	1.059	0.993	1.130	0.079
	75-79 歳	1.218	1.133	1.308	p<0.001
	80-84 歳	1.596	1.469	1.734	p<0.001
	85 歳以上	3.096	2.729	3.511	p<0.001
性別	男性	1.000			
	女性	0.431	0.401	0.463	p<0.001
BMI	18.5>	1.000			
	18.5-25	0.772	0.703	0.847	p<0.001
	25	0.788	0.711	0.873	p<0.001
GDS(うつ)	抑うつなし	1.000			
	抑うつ傾向	2.147	2.029	2.271	p<0.001
	抑うつ状態	3.465	3.179	3.778	p<0.001
等価所得	低所得(-199)	1.000			
	中所得(200-399)	0.856	0.811	0.905	p<0.001
	高所得(400-)	0.845	0.773	0.922	p<0.001
教育歴	6年未満	1.000			
	6～9年	0.351	0.301	0.409	p<0.001
	10～12年	0.234	0.200	0.274	p<0.001
	13年以上	0.200	0.169	0.236	p<0.001
	その他	0.407	0.295	0.562	p<0.001
趣味	ある	1.000			
	ない	2.260	2.149	2.377	p<0.001
家族構成	一人暮らし	1.000			
	配偶者のみ	1.022	0.933	1.118	0.644
	配偶者と子と同居	1.101	1.001	1.211	0.047
	配偶者はおらず子と同居	1.393	1.256	1.544	p<0.001
	その他	0.971	0.866	1.090	0.620
	無回答	0.696	0.518	0.933	0.016
	外出頻度	ほぼ毎日	1.000		
	週2～3日	1.432	1.352	1.516	p<0.001
	週1回程度	2.350	2.171	2.544	p<0.001
	月1～2回	3.579	3.230	3.967	p<0.001
	年に数回	3.694	3.034	4.498	p<0.001

	していない	13.680	10.158	18.423	p<0.001
住居地区への信頼感	とても信用できる	1.000			
	まあ信用できる	1.270	1.174	1.375	p<0.001
	どちらともいえない	1.772	1.624	1.935	p<0.001
	あまり信用できない	1.925	1.669	2.220	p<0.001
	全く信用できない	3.171	2.453	4.100	p<0.001
残存歯数	自分の歯が 20 本以上ある	1.000			
	自分の歯が 1 ~ 19 本ある	1.128	1.066	1.194	p<0.001
	自分の歯は 0 本である	1.347	1.242	1.460	p<0.001
アルコール	飲む	1.000			
	やめた	1.039	0.920	1.173	0.537
	飲まない	1.104	1.042	1.169	p<0.001
喫煙	全く吸ったことがない	1.000			
	5年以上前にやめて今は吸わない	0.993	0.924	1.066	0.839
	4年以内にやめて今は吸わない	1.024	0.918	1.143	0.666
	現在も喫煙している	1.210	1.113	1.316	p<0.001
肉や魚の摂取頻度	毎日2回以上	1.000			
	毎日1回	0.973	0.876	1.079	0.601
	週4 ~ 6回	0.941	0.843	1.050	0.276
	週2 ~ 3日	0.899	0.806	1.002	0.054
	週1回	1.060	0.925	1.215	0.404
	週1回未満	1.224	1.013	1.479	0.037
	食べなかった	1.467	0.949	2.267	0.084
野菜や果物の摂取頻度	毎日2回以上	1.000			
	毎日1回	1.301	1.227	1.379	p<0.001
	週4 ~ 6回	1.293	1.192	1.403	p<0.001
	週2 ~ 3日	1.670	1.515	1.842	p<0.001
	週1回	2.458	1.945	3.106	p<0.001
	週1回未満	2.342	1.673	3.280	p<0.001
	食べなかった	2.184	1.140	4.185	0.019

表 2 : 残存歯数と野菜や果物の摂取頻度の年齢階級ごとのクロス集計

年齢	残存歯数	野菜や果物の頻度頻度						食べなかつた
		毎日2回以上	毎日1回	週4～6回	週2～3日	週1回	週1回未満	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
65-69 歳	20 歯以上	6462 (52.12)	3816 (30.78)	1380 (11.13)	627 (5.06)	76 (0.61)	29 (0.23)	8 (0.06)
	1-19 歯	5105 (38.91)	4636 (35.33)	1922 (14.65)	1178 (8.98)	163 (1.24)	92 (0.70)	25 (0.19)
	無歯顎	495 (32.21)	536 (34.87)	239 (15.55)	200 (3.011)	39 (2.54)	20 (1.30)	8 (0.52)
70-74 歳	20 歯以上	5531 (53.36)	3225 (31.11)	1010 (9.74)	515 (4.97)	52 (0.50)	24 (0.23)	9 (0.09)
	1-19 歯	6161 (42.41)	4989 (34.35)	1963 (13.51)	1145 (7.88)	159 (1.09)	78 (0.54)	31 (0.21)
	無歯顎	1097 (38.32)	1008 (35.21)	395 (13.80)	271 (9.47)	53 (1.85)	27 (0.94)	12 (0.42)
75-79 歳	20 歯以上	3225 (55.86)	1782 (30.87)	496 (8.59)	215 (3.72)	34 (0.59)	14 (0.24)	7 (0.12)
	1-19 歯	5359 (45.37)	4073 (34.48)	1405 (11.89)	772 (6.54)	123 (1.04)	55 (0.47)	25 (0.21)
	無歯顎	1654 (42.85)	1284 (33.26)	475 (12.31)	353 (9.15)	53 (1.37)	28 (0.73)	13 (0.34)
80-84 歳	20 歯以上	1443 (56.57)	761 (29.83)	232 (9.09)	98 (3.84)	11 (0.43)	5 (0.20)	1 (0.04)
	1-19 歯	3557 (47.46)	2576 (34.37)	789 (10.53)	467 (6.23)	50 (0.67)	44 (0.59)	12 (0.16)
	無歯顎	1892 (44.77)	1441 (34.10)	473 (11.19)	323 (7.64)	53 (1.25)	32 (0.76)	12 (0.28)
85 歳以上	20 歯以上	220 (52.76)	122 (29.26)	46 (11.03)	26 (6.24)	2 (0.48)	1 (0.24)	0 (0.00)
	1-19 歯	1044 (47.03)	742 (33.42)	262 (11.80)	141 (6.35)	18 (0.81)	10 (0.45)	3 (0.14)
	無歯顎	976 (44.96)	714 (32.89)	278 (12.81)	148 (6.82)	30 (1.38)	18 (0.83)	7 (0.32)

. 分担研究報告書

日本人高齢者の残存歯数の地域格差と関連要因の分析

研究分担者 小坂健（東北大学大学院 歯学研究科 教授）

研究分担者 相田潤（東北大学大学院 歯学研究科 准教授）

研究協力者 上野路子（東北大学大学院 歯学研究科 大学院修士課程）

研究要旨

高齢者の歯の喪失は、しばしばみられるものの、全身の健康状態や生活の質に大きな影響を及ぼすことが知られている。う蝕と歯周病には地域や社会経済状態による健康格差が存在することが知られており、歯の喪失にも健康格差が存在する。しかしながら、その実態や地域差の原因に関する研究は世界的にも少ない。本研究では、残存歯数の地域差の実態を把握するとともに、地域差に関連する要因を明らかにすることを目的とした。本横断研究には、日本老年学的評価研究プロジェクト（JAGES プロジェクト）において収集された 2010-11 年の 30 自治体における調査データを用いた。分析の結果、残存歯数が 20 本以上ある者の割合は 33.0%で、自治体ごとに 15.9%～46.6%のばらつきが存在した。地域による年齢構成や性別構成、その他の変数の関連を考慮して地域差を検討した結果、性別や年齢、社会経済的状况、歯科保健行動といった個人レベルの変数を調整した上でも地域によりオッズ比で約 2.5 倍残存歯数が少ない地域がみられた。この格差の一部は、社会経済的状况や歯科保健行動により説明され、これらが地域差を生み出す要因として寄与していることが示唆された。残存歯数に関連する要因のロジスティック回帰分析による解析の結果、高年齢、教育歴や所得が低い者、治療以外の歯科受診がない者、治療における歯科受診がある者、歯間ブラシやデンタルフロスを利用しない者、喫煙していた者で、有意に残存歯数が少ない傾向にあった。残存歯数が少ない地域への介入や残存歯数に関連する歯科保健行動を向上させる介入により、高齢者の健康の改善・増進へつながるだろう。

A. 研究目的

高齢者の歯の喪失は、しばしばみられるものの、全身の健康状態や生活の質に大きな影響を及ぼすことが知られている。歯の喪失は食品選択と栄養摂取を左右する。また、歯の喪失は発音や見た目に影響し、高齢者のコミュニケーションや社会参加に影響する可能性も存在する。これまでの疫学研究により、歯の喪失が、その後の要介護状態の発生や死亡の発生を予測することが明らかになっている^{1,2}。歯を喪失した者において、義歯により咀嚼・咬合機能が回復されることは、咬合バラ

スや脳への刺激を通じて認知症や転倒の発生にも影響する可能性が指摘されている^{3,4}。

歯の喪失の 8 割以上を占める主要な原因は、う蝕と歯周病であり、それぞれ歯の喪失原因の約 4 割を占める⁵。う蝕と歯周病には地域や社会経済状態による健康格差が存在することが知られており、歯の喪失にも健康格差が存在する。しかしながら、その実態や地域差の原因に関する研究は世界的にも少ない。健康日本 21(第 2 次)では、健康格差の実態把握や取り組みの強化による健康格差の縮小が盛り込まれた。歯や口腔の健康は生活の質の向

上や全身の健康に影響することが知られており、地域差の解消は、高齢者の健康の増進につながると考えられる。

そこで本研究は、残存歯数の地域差の実態を把握するとともに、地域差に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

日本老年学的評価研究プロジェクト（JAGES プロジェクト）において収集された 2010-11 年の 30 自治体における調査データを用いた横断研究を実施した。112,123 人が質問紙に回答した（回収率 66.3%）。その内、約 5 分の 1 が口腔保健行動に関する質問紙が配布されており、これに回答した者の内変数に欠損をもたない 22,660 名のデータから、無歯顎者 3,459 名を除いた 19,201 名（男性：8,879 名、女性：10,322 名）のデータを解析に用いた。

質問紙により残存歯数を調査し、20 歯以上保有する者の割合を自治体ごとに集計した。さらに個人ごとに、残存歯数 20 本以上の有無を目的変数として、自治体ごとの差をロジスティック回帰分析で調べた。その際、年齢、性別、教育歴、等価所得、6 か月以内の治療のための歯科受診歴、6 か月以内の治療以外の歯科受診歴、フッ化物配合歯磨剤の利用、歯間ブラシやデンタルフロスの利用、禁煙状況の各変数で地域差がどの程度説明されるのかを検討した。解析には SPSS version 22 を用いた。

C. 研究結果

残存歯数が 20 本以上ある者の割合は 33.0%で、自治体ごとに 15.9%～46.6%のばらつきが存在した（図 1）。

次に地域による年齢構成や性別構成、その他の変数の関連を考慮して地域差を検討した。ロジスティック回帰分析による相対的な地域格差を図 2 に示す。最も口腔の健康状態がよい地域に比べて、

最も悪い地域では、2.925 倍（95%CI=2.287-3.741）歯が少ないオッズが高かった（図 2、性年齢調整オッズ比）。この地域差は、社会経済的状態の変数（教育歴、等価所得）により一部説明された。その結果、最も悪い地域のオッズは 2.361（95%CI=1.841-3.029）に低下した。歯科保健行動は地域差を一部説明したが、依然として有意な地域差が 12 地域で認められた。最も悪い地域のオッズは 2.532（95%CI=1.963-3.266）になった。

最後に、残存歯数に関連する要因のロジスティック回帰分析を行った。その結果、高年齢、教育歴や所得が低い者、治療以外の歯科受診がない者、治療における歯科受診がある者、歯間ブラシやデンタルフロスを利用しない者、喫煙していた者で、有意に残存歯数が少ない傾向にあった（表 1）。

D. 考察

残存歯数が 20 本以上ある者は約 3 割で、地域によりこの割合は約 2 割から 4 割と格差がみられた。性別や年齢、社会経済的状態、歯科保健行動といった個人レベルの変数を調整した上でも地域によりオッズ比で約 2.5 倍残存歯数が少ない地域がみられた。この格差の一部は、社会経済的状態や歯科保健行動により説明され、これらが地域差を生み出す要因として寄与していることが示唆された。残存歯数が少ない地域への介入や、残存歯数に関連する歯科保健行動を向上させる介入により、高齢者の健康の改善・増進へつながるだろう。

E. 結論

残存歯数が少ない地域への介入や歯科保健行動を向上させることで、高齢者の健康状態の地域差の縮小に寄与する可能性が示唆された。

<文献>

1. Aida J, Kondo K, Hirai H, et al. Association between dental status and incident disability in an older Japanese population.

J Am Geriatr Soc 2012;**60**(2):338-43.

2. Aida J, Kondo K, Yamamoto T, et al. Oral health and cancer, cardiovascular, and respiratory mortality of Japanese. J Dent Res 2011;**90**(9):1129-35.
3. Yamamoto T, Kondo K, Hirai H, et al. Association between self-reported dental health status and onset of dementia: a 4-year prospective cohort study of older Japanese adults from the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES) Project. Psychosom Med 2012;**74**(3):241-8.
4. Yamamoto T, Kondo K, Misawa J, et al. Dental status and incident falls among older Japanese: a prospective cohort study. BMJ Open 2012;**2**(4).
5. 相田潤, 安藤雄一. 成人の歯科保健施策は歯周病対策だけでいいのか? 抜歯原因調査からの考察. Health Science and Health Care 7(2): 120 - 122, 2007

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

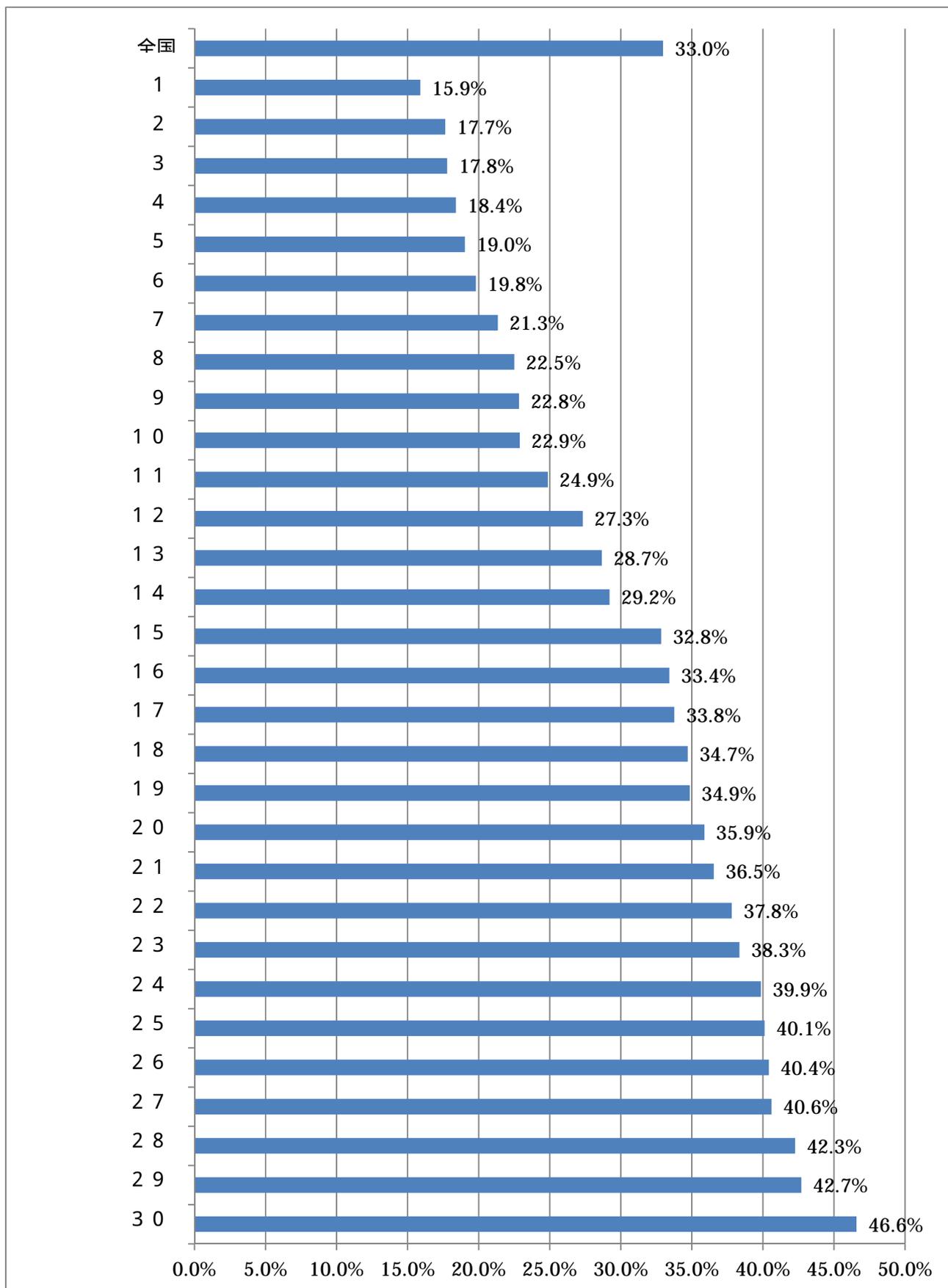


図1 . 自治体別の残存歯数が20本以上の割合(N=100,043)

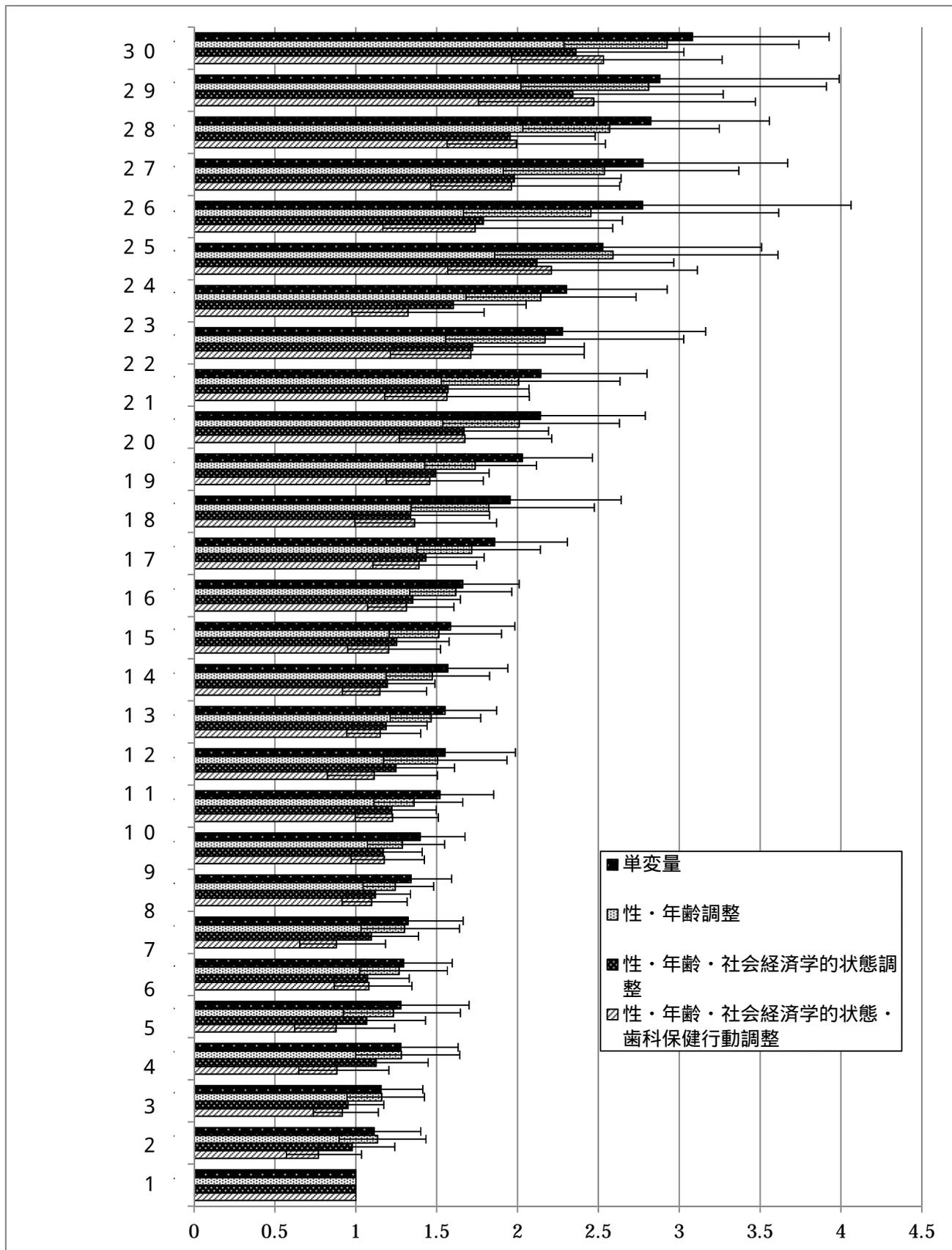


図2 . ロジスティック回帰分析による相対的な地域格差(N=19,201)

表1 . 残存歯数が少ないことに関連する要因のロジスティック回帰分析による検討結果(N=19,201)

		オッズ比	95%信頼区間		有意確率
			下限	上限	
年齢	65-69 歳	1.000			
	70-74 歳	1.349	1.251	1.456	p<0.001
	75-79 歳	1.835	1.683	2.000	p<0.001
	80-84 歳	2.417	2.160	2.705	p<0.001
	85 歳以上	4.335	3.575	5.256	p<0.001
性別	男性	1.000			
	女性	1.310	1.209	1.419	p<0.001
教育歴	13 年以上	1.000			p<0.001
	6 年未満	2.518	1.840	3.445	p<0.001
	6-9 年	1.513	1.383	1.655	p<0.001
	10-12 年	1.248	1.144	1.362	p<0.001
	その他	1.638	1.076	2.495	.021
等価所得	150 万円未満	1.000			
	150-200 万円未満	.774	.701	.855	p<0.001
	200-250 万円未満	.682	.616	.755	p<0.001
	250-300 万円未満	.719	.617	.838	p<0.001
	300-350 万円未満	.632	.556	.719	p<0.001
	350-400 万円未満	.688	.593	.798	p<0.001
	400-450 万円未満	.640	.511	.801	p<0.001
	450-500 万円未満	.626	.515	.762	p<0.001
	500 万円以上	.543	.466	.634	p<0.001
歯科受診歴（治療）	あり	1.000			
	なし	.556	.516	.599	p<0.001
	9999	.600	.507	.710	p<0.001
歯科受診歴（治療以外）	あり	1.000			
	なし	1.279	1.176	1.390	p<0.001
歯間ブラシやデンタルフロス	毎日利用している	1.000			
	ときどき利用している	1.236	1.125	1.357	p<0.001
	利用していない	1.691	1.555	1.840	p<0.001
フッ化物配合歯磨剤	利用している	1.000			
	わからないが、歯磨き粉は利用している	.996	.922	1.076	.914
	利用していない	1.089	.986	1.202	.093
喫煙状況	全く吸ったことがない	1.000			
	5 年以上前にやめて今は	1.199	1.090	1.318	p<0.001

吸わない				
4年以内にやめて今は吸 わない	2.022	1.719	2.379	p<0.001
現在も喫煙している	2.282	2.017	2.583	p<0.001

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

前向きコホート研究による、日本人高齢者の閉じこもりのリスク要因
口腔機能に注目した解析

研究分担者 近藤 克則（日本福祉大学社会福祉学部教授 教授）

研究代表者 相田 潤（東北大学大学院歯学研究科 准教授）

研究協力者 小山 史穂子（東北大学大学院歯学研究科 大学院博士課程）

研究要旨

歯の喪失は、食品選択と栄養摂取を左右し高齢者の全身の健康に影響することが知られている。また発音や外見、表情の形成や咀嚼能力を左右して、他人とのコミュニケーションに影響する。そのため、残存歯数が少ないことが、社会的孤立のリスクとなる可能性が存在する。そこで本研究の目的は、高齢者における残存歯数とその後の閉じこもりとの関連を、繰り返し測定の前向きコホート研究で検討することとした。データとして日本老年学的評価研究プロジェクト（JAGES プロジェクト）の2003年度調査をベースライン、3年後の2006年度の追跡調査時点の閉じこもりをアウトカムに用いた。ベースライン時に閉じこもりでない者2309名を対象にした分析の結果、9.5%が3年後に閉じこもりになっていた。残存歯数別には、ベースライン時に残存歯19本以下だと11.2%、20本以上であると5.1%が3年後に閉じこもりであった。多変量ロジスティック回帰分析の結果、閉じこもりのリスク要因として、残存歯数が少ないこと、年齢が高いこと、主観的健康感が低いこと、都市ではなく郊外に住んでいることに統計学的に有意な閉じこもりリスクの上昇が認められた。ベースライン時の残存歯数が20本以上の人に対して、19本以下の人は単変量解析で2.34倍、多変量解析で1.69倍3年後の閉じこもりのオッズが有意に高かった。これらのことから、残存歯数の少ない高齢者は3年後の閉じこもりとなるリスクが有意に高かった。口腔機能の低下が、外出や社会的交流の阻害要因になっている可能性が考えられ、口腔機能の維持・向上が閉じこもり予防に有用である可能性が示唆された。

A. 研究目的

歯の喪失は食品選択と栄養摂取を左右し、高齢者の全身の健康に影響することが知られており、これまで歯の喪失と要介護状態の発生や死亡の発生についての報告が存在する^{1,2}。歯を喪失した者において、義歯により咀嚼・咬合機能が回復されることは、咬合バランスや脳への刺激を通じて認知症や転倒の発生にも影響する可能性が指摘され

ている^{3,4}。また高齢者における閉じこもりは心身機能低下を招き、寝たきりや痴呆のなることなど多数の有害な影響につながるとされている^{5,6}。

これまでの研究で、閉じこもりのリスク要因として年齢や性別、婚姻状態、心身の健康状態などが報告されている⁷。しかし、口腔の健康と閉じこもりの関係を調べた研究は存在しない。そこで本研究では、高齢者における残存歯数とその後の閉

じこもりとの関連を繰り返し測定の前向きコホート研究で検討することとした。

B. 研究方法

日本老年学的評価研究プロジェクト（JAGES プロジェクト）の2003年度調査をベースライン、3年後の2006年度に追跡調査したデータを用いて前向きコホート研究を実施した。自立高齢者を対象として自記式質問紙調査で残存歯数、外出頻度、性別、年齢、等価所得、教育歴、婚姻状態、主観的健康感、通院状態、うつ状態（GDS）、歩行時間、同居家族を把握した。

目的変数を追跡調査（2006年調査）での外出頻度、説明変数としてベースライン時の残存歯の本数（19本以下と20本以上の2カテゴリ）、共変量をベースライン時における性別、年齢、教育歴、婚姻状態、主観的健康感、通院状態、所得、うつ状態（GDS）、歩行時間、同居家族として多変量ロジスティック回帰分析により検討を行った。その際、2003年のベースライン時の外出頻度が週一回以上の者だけを解析に含めた。

C. 結果

ベースライン時に閉じこもりでない者2309名を対象にした場合、9.5%が3年後に閉じこもりになっており、ベースライン時に残存歯19本以下だと11.2%、20本以上であると5.1%が3年後に閉じこもりであった（表1）。閉じこもりのリスク要因として、単変量ロジスティック回帰分析では残存歯数が少ないこと、年齢が高いこと、主観的健康感が低いこと、子供のみと同居していること、うつ状態であること、都市ではなく郊外に住んでいることに統計学的有意差を認めた。多変量ロジスティック回帰分析では、閉じこもりのリスク要因として、残存歯数が少ないこと、年齢が高いこと、主観的健康感が低いこと、都市ではなく郊外に住んでいることに統計学的に有意な閉じこもりリスクの上昇が認められた（表2）。

D. 考察

残存歯数の少ないものは3年後の閉じこもりとなるリスクが有意に高くなっていた。残存歯数の低下が咀嚼能力と栄養摂取状態、外観や会話機能に影響をして、外出や社会的交流の阻害要因になり、このことが閉じこもりを増加させている可能性が存在する。今回の分析では義歯の利用等の介入について十分な検証が行えなかった。今後さらなる解明のための分析が必要である。

E. 結論

ベースライン時に閉じこもりではなかった高齢者を対象とした解析の結果、残存歯数が20本以上の人に比べて、19本以下の人は単変量解析で2.34倍、多変量解析で1.69倍3年後の閉じこもりのリスクが有意に高かった。口腔機能の維持・向上が閉じこもり予防に有用である可能性が示唆される。

<文献>

1. Aida J, Kondo K, Hirai H, Nakade M, Yamamoto T, Hanibuchi T, Osaka K, Sheiham A, Tsakos G, Watt RG. Association between dental status and incident disability in an older Japanese population. *J Am Geriatr Soc* 2012;**60**(2):338-43.
2. Aida J, Kondo K, Yamamoto T, Hirai H, Nakade M, Osaka K, Sheiham A, Tsakos G, Watt RG. Oral health and cancer, cardiovascular, and respiratory mortality of Japanese. *Journal of Dental Research* 2011;**90**(9):1129-35.
3. Yamamoto T, Kondo K, Hirai H, Nakade M, Aida J, Hirata Y. Association between self-reported dental health status and onset of dementia: a 4-year prospective cohort study of older Japanese adults from the Aichi Gerontological Evaluation Study

(AGES) Project. *Psychosom Med* 2012;**74**(3):241-8.

4. Yamamoto T, Kondo K, Misawa J, Hirai H, Nakade M, Aida J, Kondo N, Kawachi I, Hirata Y. Dental status and incident falls among older Japanese: a prospective cohort study. *BMJ Open* 2012;**2**(4).

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

10th World Congress on Preventive Dentistry (October 9-12, 2013) Budapest, Hungaryにてポスター発表

第24回日本疫学会・学術総会 (2014年1月23日～25日、仙台市にてポスター発表

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1. 2006 年時点での閉じこもりと、ベースライン時（2003 年）の特性の記述統計（N=2309）

	閉じこもりの者(%)		閉じこもりの者(%)	
残存歯数			教育歴	
	< 19	118 (9.5)	<6years	9 (16.4)
	20=	27 (4.4)	6-9years	83 (8.3)
年齢			10-12years	38 (7.0)
	65-69	12 (4.6)	13years=<	12 (6.3)
	70-74	39 (6.1)	欠損値	3 (4.8)
	75-79	45 (9.1)	世帯所得	
	80-84	21 (8.8)	200 万円未満	41 (6.9)
	85-	18 (17.3)	200 万-300 万円未満	27 (6.0)
	欠損値	10 (8.7)	300 万-400 万円未満	19 (6.7)
主観的健康感			400 万円以上	10 (5.8)
	とてもよい	4 (2.9)	欠損値	48 (13.7)
	まあよい	87 (7.1)	性別	
	あまりよくない	43 (11.2)	男性	65 (8.0)
	よくない	9 (13.8)	女性	75 (7.7)
	欠損値	2 (7.4)	欠損値	5 (7.9)
同居家族			婚姻状態	
	一人暮らし	13 (7.6)	既婚	103 (7.7)
	配偶者のみと同居	53 (7.9)	未婚、離婚、死別	33 (7.6)
	配偶者、子供と同居	38 (7.0)	欠損値	9 (11.7)
	子供のみと同居	19 (7.7)	歩行時間(分/1 日)	
	欠損値	22 (10.3)	<30	50 (8.7)
うつ状態(GDS)			30-60	48 (7.5)
	0-4	82 (6.8)	60-90	15 (5.8)
	5 月 9 日	32 (9.5)	90<	15 (7.4)
	10=	8 (10.7)	欠損値	17 (9.9)
	欠損値	23 (9.6)		
通院状態				
	病気・障害ともになし	19 (5.4)		
	病気・障害あるが、治療 必要なし	9 (5.4)		
	自己判断で治療中断	15 (12.7)		
	治療中	94 (8.3)		
	欠損値	8 (10.3)		

表 2 . 3 年後の閉じこもりに関連する要因のロジスティック回帰分析の結果 (N=2309)

閉じこもりのオッズと 95%信頼区間(OR (95%CI))と p 値					
	単変量解析			多変量解析*	
残存歯数 (ref:20=<)					
< 19	2.34 (1.62-3.39)	<0.001	1.69(1.14-2.50)	0.009	
地域(ref:常滑市)					
阿久比町	4.02 (2.18-7.44)	<0.001	3.96(2.12-7.40)	<0.001	
常滑町	2.42 (1.28-4.56)	0.006	2.74(1.43-5.22)	0.002	
美浜町	4.66 (2.53-8.58)	<0.001	4.94(2.65-9.20)	<0.001	
南知多町	6.69 (3.73-12.00)	<0.001	5.81(3.19-10.57)	<0.001	
年齢 (ref:65-69)					
70-74	1.46 (1.00-2.14)	0.053	1.28(0.85-1.91)	0.236	
75-79	1.80 (1.20-2.70)	0.004	1.43(0.92-2.21)	0.111	
80-84	3.22 (1.86-5.59)	<0.001	2.55(1.38-4.72)	0.003	
85-	2.75 (1.23-6.15)	0.014	1.86(0.77-4.52)	0.170	
主観的健康感 (ref:とてもよい)					
まあよい	2.05 (0.94-4.46)	0.072	1.96(0.86-4.46)	0.111	
あまりよくない	3.27 (1.47-7.29)	0.004	2.49(1.03-5.99)	0.043	
よくない	5.88 (2.35-14.71)	<0.001	4.78(1.73-13.24)	0.003	
同居家族 (ref:配偶者、子供と同居)					
一人暮らし	0.91 (0.50-1.66)	0.767	1.00(0.42-2.42)	0.995	
配偶者のみと同居	1.11 (0.77-1.60)	0.584	1.22(0.82-1.81)	0.324	
子供のみと同居	1.81 (1.19-2.77)	0.006	1.71(0.84-3.48)	0.137	
うつ状態 (GDS) (ref:0-4)					
5-9	1.48 (1.04-2.10)	0.031	1.07(0.72-1.58)	0.736	
10=<	1.81 (1.02-3.22)	0.043	1.16(0.61-2.19)	0.648	
通院状態(ref:病気・障害ともになし)					
病気・障害あるけど、治療必要なし	0.60 (0.32-1.12)	0.108	0.70(0.36-1.37)	0.299	
自己判断で治療中断	1.58 (0.81-3.08)	0.180	1.26(0.62-2.57)	0.525	
治療中	1.09 (0.66-1.80)	0.740	0.83(0.48-1.42)	0.487	
教育歴(ref:13年以上)					
6年未満	2.18 (0.90-5.24)	0.083	2.63(0.72-9.53)	0.141	
6-9年	1.04 (0.51-2.13)	0.907	2.03(0.62-6.67)	0.241	
10-12年	0.75 (0.35-1.58)	0.446	1.80(0.53-6.09)	0.348	

世帯所得 (ref:400 万円以上)				
200 万円未満	1.47 (0.78-2.78)	0.235	1.34 (0.68-2.65)	0.399
200 万-300 万円未満	1.41 (0.73-2.73)	0.311	1.52 (0.76-3.03)	0.240
300 万-400 万円未満	1.25 (0.61-2.56)	0.539	1.39 (0.66-2.92)	0.386
性別 (ref:男性)				
女性	1.14 (0.86-1.52)	0.359	0.96(0.69-1.34)	0.961
婚姻状態 (ref:既婚)				
離婚、死別	1.30 (0.94-1.80)	0.107	0.83(0.43-1.63)	0.595
未婚	0.32 (0.04-2.36)	0.263	0.27(0.03-2.18)	0.219
歩行時間(分/1 日) (ref:90 <)				
<30	1.18 (0.72-1.94)	0.507	1.07(0.64-1.81)	0.788
30-60	0.97 (0.59-1.61)	0.915	0.98(0.58-1.68)	0.954
60-90	0.58 (0.30-1.13)	0.112	0.64(0.32-1.28)	0.208

・研究成果の刊行に関する一覧

[書籍]

1. Aida J, Kawachi I, Subramanian SV, Katsunori K. Disaster, Social Capital, and Health. Kawachi I, Takao S, Subramanian SV, eds. *Global Perspectives on Social Capital and Health*. New York: Springer, 2013;167-187.
2. 相田潤, Kawachi I, Subramanian SV, 近藤克則. 災害とソーシャル・キャピタルと健康. イチローカワチ, 高尾総司, SV スブラマニアン編著. *ソーシャル・キャピタルと健康政策 地域で活用するために*. 東京: 日本評論社, 2013;257-300.
3. 近藤克則: 第1章 ソーシャル・キャピタルと高齢者の健康. イチロー・カワチ, 等々力英美編: *ソーシャル・キャピタルと地域の力*: 29-47, 日本評論社, 2013.8
4. 白井こころ: 沖縄共同体社会における高齢者とソーシャル・キャピタル. イチロー・カワチ, 等々力英美編: *ソーシャル・キャピタルと地域の力*: 159-179, 日本評論社, 2013.8
5. 近藤克則: 第5章 ソーシャル・キャピタルと健康, 稲葉陽二・藤原佳典, 編著「ソーシャル・キャピタルで解く社会的孤立重層的予防策とソーシャルビジネスへの展望」: 94-121, ミネルヴァ書房, 2013

[論文]

1. Takeuchi K, Aida J, Kondo K, Osaka K. Social participation and dental health status among older Japanese adults: a population-based cross-sectional study. *PLoS One*;8(4):e61741, 2013.
2. Matsuyama Y, Aida J, Takeuchi K, Tsakos G, Watt RG, Kondo K, Osaka K. Inequalities of dental prosthesis use under universal healthcare insurance. *Community dentistry and oral epidemiology*;42(2):122-8, 2014.
3. Hayasaka K, Tomata Y, Aida J, Watanabe T, Kakizaki M, Tsuji I. Tooth loss and mortality in elderly Japanese adults: effect of oral care. *J Am Geriatr Soc*;61(5):815-20, 2013.
4. Takeuchi K, Aida J, Ito K, Furuta M, Yamashita Y, Osaka K. Nutritional Status and Dysphagia Risk among Community-Dwelling Frail Older Adults. *J Nutr Health Aging*;18(4):352-7, 2014.
5. 松山祐輔, 相田潤, 竹内研時, 伊藤奏, 中安美枝子, 小山史穂子, 長谷晃広, 坪谷透, 小坂健. 歯周病と脳血管疾患の関連 歯周病測定指標の特性を考慮したメタアナリシス. *口腔衛生学会雑誌*;64(1):2-9, 2014.
6. 三辺正人, 河野寛二, 原井一雄, 相田潤, 野村義明. 重度歯周炎患者に対する経口抗菌療法を併用した非外科治療の臨床および細菌学的評価. *日本歯周病学会会誌*;55(2):156-169, 2013.

7. Takeo Fujiwara, Katsunori Kondo, Kokoro Shirai, Kayo Suzuki, Ichiro Kawachi: Associations of childhood socioeconomic status and adulthood height with functional limitations among Japanese older people: Results from the JAGES 2010 Project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2013
8. Daisuke Takagi, Katsunori Kondo and Ichiro Kawachi: Social participation and mental health: Moderating effects of gender, social role and rurality. *BMC Public Health*, 2013 Jul31(1):701
9. Yukinobu Ichida, Hiroshi Hirai, Katsunori Kondo, Ichiro Kawachi, Tokunori Takeda, Hideki Endo: Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study. *Social Science & Medicine* 94 : 83-90 , 2013
10. Daisuke Takagi, Katsunori Kondo, Naoki Kondo, Noriko Cable, Kenichi Ikeda, Ichiro Kawachi: Social disorganization/social fragmentation and risk of depression among older people in Japan: Multilevel investigation of indices of social distance. *Social Science & Medicine* 83:81-89, April 2013
11. 齊藤雅茂, 近藤克則, 尾島俊之, 近藤尚己, 平井寛: 高齢者の生活に満足した社会的孤立と健康寿命喪失との関連; AGES プロジェクト4年間コホート研究より. *老年社会科学* 35(3): 331-341 , 2013

[学会発表]

1. October 9-12, 2013, M Nakayasu, J Aida, K Osaka. Social support mediated income inequalities on deciduous dental caries 10th World Congress on Preventive Dentistry. October 9-12, 2013, Shihoko Koyama, Jun Aida, Katsunori Kondo, Tatsuo Yamamoto, Rika Otsuka, Miyo Nakade and Ken Osaka. Poor dental health increases risk of homebound among older adults. 10th World Congress on Preventive Dentistry
2. August 31, 2013, Katsunori Kondo, Toshiyuki Ojima, Naoki Kondo, Jun Aida, Kayo Suzuki, Hiroyuki Hikichi, Eisaku Okada "Development of the JAGES HEART(Health Equity Assessment and Response Tool)" "The International Conference on Social Stratification and Health 2013: Interdisciplinary Research and Action for Equity
3. September 1, 2013, Toru Tsuboya, Jun Aida, Ken Osaka. "Symposium 8 Employment status and health Work conditions oral health: J-SHINE (Japanese study of Stratification, Health, Income, and Neighborhood) study. The International Conference on Social Stratification and Health 2013: Interdisciplinary Research and Action for Equity
4. 2014年1月24日. 相田潤、小坂健. みなし仮設住宅に居住する東日本大震災被災者の精神的健康の回復の社会的決定要因. 第24回日本疫学会学術総会

5. 2014年1月24日. 菅原由美, 遠又靖丈, 柿崎真沙子, 佐藤眞理, 佐藤紀子, 相田潤, 辻一郎. 震災後の転居が睡眠状況の推移に及ぼす影響:線形混合モデルを使用した解析. 第24回日本疫学会学会学術総会「ポスター賞受賞」
6. 2014年1月24日.尾島俊之, 近藤克則, 岡田栄作, 鈴木佳代, 引地博之, 中村美詠子, 山本龍生, 相田潤, 齊藤雅茂, 近藤尚己.要介護期間を規定する要因: JAGES プロジェクト" 第24回日本疫学会学術総会
7. 2014年1月24日. 伊藤奏, 相田潤, Noriko Cable, 山本龍生, 鈴木佳代, 小坂健, 近藤克則. 口腔の健康格差の日英比較. 第24回日本疫学会学術総会「ポスター賞受賞」
8. 2014年1月25日. 松山祐輔、相田潤、小坂健. 学校フッ化物洗口が12歳児う蝕の都道府県格差に及ぼす影響: パネルデータを用いた地域相関研究" 第24回日本疫学会学術総会「ポスター賞受賞」
9. 2014年1月24日. 竹内研時, 小坂健, 伊藤奏, 山下喜久. Nutritional status and dysphagia risk among community-dwelling frail older adults.第24回日本疫学会学術総会
10. 2014年1月25日. 小山史穂子, 相田潤, 近藤克則, 山本龍生, 大塚理加, 中出美代, 岡田栄作, 鈴木佳代, 引地博之, 小坂健. 歯の少ない高齢者は3年後の閉じこもりが多い: AGES プロジェクトコホート研究. 第24回日本疫学会学術総会
11. 10月25日(金). 近藤克則、齊藤雅茂、鈴木佳代、引地博之、岡田栄作、尾島俊之、近藤尚己、相田潤. 地域づくりによる介護予防のためのベンチマークシステム開発: JAGES プロジェクト. 第72回日本公衆衛生学会総会
12. 10月24日(木). 尾島俊之、宮國康弘、大西丈二、中村剛史、齊藤雅茂、相田潤、中村美詠子、近藤克則. 老人クラブの健康格差縮小効果. 第72回日本公衆衛生学会総会
13. 10月24日(木). 相田潤、近藤克則、山本龍生、竹内研時、小坂健. 高齢者の無歯顎の地域格差とソーシャルキャピタルの関連; JAGES プロジェクト. 第72回日本公衆衛生学会総会
14. 10月24日(木)15:30-16:30. 齊藤雅茂、近藤克則、尾島俊之、近藤尚己、相田潤、齋藤民. 健康指標との関連からみた高齢者の孤立基準の検討; JAGES 4年間コホート研究より. 第72回日本公衆衛生学会総会
15. 10月25日(金). 長谷晃広、相田潤、坪谷透、小山史穂子、三浦宏子、小坂健 "歯科医師としての将来設計とキャリア教育の効果の検討. 第72回日本公衆衛生学会総会
16. 10月25日(金). 青山旬、岩瀬達雄、井下英二、秋野憲一、深井穂博、相田潤 "3歳児および12歳児齲蝕の地域格差と対策に関する研究. 第72回日本公衆衛生学会総会
17. 10月25(金). 松山祐輔、相田潤、坪谷透、伊藤奏、小山史穂子、長谷晃弘、小坂健. 学校フッ化物洗口による、子どものう蝕の都道府県格差改善効果: 地域相関研究. 第72回日本公衆衛生学会総会
18. 平成25年9月27日(金). 相田潤. オーガナイズド・セッション(公募企画) 「健康格差の「見える化」」(オーガナイザ・座長 日本福祉大学 教授 近藤克則). 第51回日本医療・病院管理学会総会 「医療政策と医療経営-変革する時代の持続・成長戦略-」

19. 2013年9月22日(日). 亀田麻衣、吉中晋、山田みゆき、川島孝一郎、小坂健 胃瘻造設から2年ぶりの経口摂取を再開した一症例 第19回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会
20. 2013年6月6日. 増野華菜子, 相田潤, 小坂健, 近藤克則. 仮設住宅居住の高齢者における, 低い外出頻度に関する関連要因の検討. 第55回日本老年社会科学会
21. 2013年5月17日(金). 小坂健. シンポジウム11「これからの健康科学」 産業保健におけるエイジマネジメントストラテジー. 健康は個人の努力でなされるもの?. 第86回日本産業衛生学
22. 平成25年5月16日(木). 松山祐輔、相田潤、竹内研時、伊藤奏、中安美枝子、小山史穂子、長谷晃広、成田展章、坪谷透、小坂健. 歯周病と脳卒中の関連: 測定指標の差異を考慮したメタアナリシス. 第62回日本口腔衛生学会・総会
23. 平成25年5月17日(金). 長谷晃広、相田潤、竹内研時、伊藤奏、中安美枝子、小山史穂子、成田展章、坪谷透、小坂健. 口腔ケアによる肺炎の抑制効果: メタアナリシスによる検討. 第62回日本口腔衛生学会・総会
24. 平成25年5月17日(金). 三浦宏子, 森崎直子, 薄井由枝, 原修一, 角保徳, 小坂健 虚弱高齢者における摂食・嚥下機能の低下と健康関連 QOL との関連性. 第62回日本口腔衛生学会・総会
25. 平成25年5月16日(木). 大田順子, 山本龍生, 安藤雄一, 相田潤, 小林さつき, 平田幸夫, 新井誠四郎. 児童にフッ化物無配合歯磨剤を使用させる保護者の歯科保健行動特性. 第62回日本口腔衛生学会・総会