

施設入所中高年者の主観的な味覚の減退に関する要  
田公祐一、マリアノカ老人ホーム入所者調査本一

and similar papers at [core.ac.uk](http://core.ac.uk)

provided

新潟区原福祉入子 区原情報管理学科・龍口徹、林脇健介  
神奈川歯科大学大学院 社会歯科学講座・瀧口徹、山本龍生、  
瀧田慎也、平田幸夫  
スリランカ保健省 歯科保健課・Geethani kandaudahewa

【背景】

スリランカの老人ホームに入所している中年・高齢者の主観的な味覚（以下、味覚）の減退と要介護度の決定要因である日常生活動作能力、性、年齢、居住年数、その他の心身状態、生活習慣との関連を調査しリスク要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】

**対象者：** 同国の25ヶ所の老人ホームの居住者 男：420名 平均：72.7歳（51-96歳） 女：641名 平均：71.8歳（50-95歳）  
**調査項目：** 27変数（性、年齢、居住年数、身長、体重、BMI、喫煙、飲酒等の生活習慣、現病数、服薬数、現在歯数、生理学的味覚（甘味、塩味、辛味、苦味、旨味）口腔内乾燥指標、嗅覚、鬱度（うつど）等）  
**分析方法：** ①変数減少法（変数除去基準  $p > 0.15$ ）による多重ロジスティック回帰分析を行いオッズ比および95%信頼区間等を求めた。

【結果】

表1 主観的な味覚の減退のリスクファクター

- 二項多重ロジスティック回帰分析 (spss21 - 変数減少法)

No	身体および生活習慣要因	p	オッズ比 Exp (B) 【Exp (-B)】	EXP (B) の 95% 信頼 区間	
				下限	上限
0	目的変数:主観的な味覚の減退の有無(0:無し、1:有り)				
1	性	0.0677	0.60	0.34	1.04
2	現疾患数	0.1497	1.12	0.96	1.32
3	要介護度状態	0.0115	1.18	1.04	1.34
4	歯磨習慣	0.0984			
	C1:1回/日	0.0275	0.59	0.37	0.94
			【1.69】	【1.06】	【2.70】
	C2:2回/日	0.0210	0.55	0.33	0.91
			【1.82】	【1.09】	【3.04】
	C3:3回/日以上	0.5940	0.65	0.14	3.11
5	飲酒習慣	0.1560			
	C1:過去に習慣あり	0.8557	0.95	0.54	1.67
	C2:現在飲酒	0.0551	0.11	0.01	1.05
6	睡眠	0.0004			
	C1:時に睡眠障害	0.0001	2.43	1.57	3.78
	C2:睡眠障害あり	0.0368	1.60	1.03	2.48
7	嗅覚	0.0000			
	C2:よくわからない	0.0000	8.02	5.43	11.87
	C3:殆どわからない	0.0004	22.33	3.96	125.73
8	SRQ20 1項目増当	0.0003	1.14	1.06	1.22
	鬱度指標 5項目増当		1.92	1.35	2.74
9	苦味2区分	0.0549	0.70	0.48	1.01

注1) 要介護度状態区分-LTCN (1998 厚生労働省試案) ADL要素が強い指標

注2) 苦味2区分:5段階の濃度のキニーネ水溶液による味覚試験による

表2 味覚減退感と嗅覚減退感の関連

観的味覚減退	なし	人数	767	86	853
		%	87.76	46.99	
あり	なし	人数	107	97	204
		%	12.24	53.01	
計	なし	人数	874	183	1,057
		%	100	100	

$p < 0.0001$  (両側検定) Fisher's exact test

27変数のうち、 $p < 0.15$ の条件で9変数（表1）が選択された。このうち要介護状態（↓：悪化すると味覚減退：↓）、歯磨習慣（励行すると↓）、睡眠（障害があると↓）、嗅覚、障害があると↓）、鬱度（高いと↓）は有意であった。嗅覚のオッズ比が最大で、味覚と嗅覚の相互の関連（表2）は高度に有意（ $p < 0.001$ ）な正の関連を示した。一方、5種の生理学的味覚の閾値の高低はいずれも有意とはならなかった。

【考察】

同国の老人ホーム入所者は施設単位でほぼ同様な食事をしているため、在宅老人と比して食事の違いによる味覚の違いは少なく結果の質を上げていると考えられた。味覚のリスクファクターに関しての得られた仮説は以下のとおり。

- 客観的な味覚指標は現時点での集団の中での味覚の閾値の相対的な位置を示しており、一方主観的な味覚の減退感過去の状態と現在との差を表現している可能性がある
- 主観的な味覚は ADL、歯磨き行動、鬱度等で表現される快活性、活発性に強く関連し、不活発になると味覚の減退感が発生する可能性が高い。
- 嗅覚と味覚は支配神経が異なるが中枢（脳内）で情報が統合されているか混同されている可能性がある。この点について米国NIHは” flavor is a combination of taste and smell”と表現している。ここで flavor は風味と訳され嗅覚と味覚は、密接に連携し脳内で情報を統合し風味を形成していることを意味している。主観的な味覚の減退は味覚単独というよりはしばしば嗅覚減退も合わさっており、中枢で「風味感の減退」として翻訳された現象に近いと考察された。

【結論】

味覚障害を引き起こすリスクファクターは要介護度（ADL）の低下、睡眠障害、鬱の傾向および嗅覚の減退であり、特に嗅覚の低下は最も影響が大きい。一方、身近な改善要因としては歯磨きの励行が示された。

【文献】

- Shinya Fuchida, Tatsuo Yamamoto, Toru Takiguchi, et. al.: Association between underweight and taste sensitivity in middle- to old-aged nursing home residents in Sri Lanka: a cross-sectional study. J. Oral Rehabilitation, 2013(in print)
- NIH: Medline Plus: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003050.htm>