

社会面のリハビリテーション栄養 —サルコペニア・フレイル・栄養障 害と健康の社会的決定要因をつな ぐ視座と実践：日本リハビリテー ション栄養学会によるポジション ペーパー

Social aspects of rehabilitation nutrition—Integrating sarcopenia, frailty, malnutrition, and social determinants of health : A position paper by the Japanese Association of Rehabilitation Nutrition

藤原 大¹⁾ 若林秀隆²⁾ 前田圭介³⁾

key words リハビリテーション栄養 健康の社会的決定要因 (SDH) 社会的フレイル 社会的処方 地域診断

abstract サルコペニア・フレイル・栄養障害は単なる生物学的現象ではなく、健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health ; SDH) と密接に関連している。社会経済的地位の低さ、社会的孤立、住環境の制約、食品アクセスの困難、超加工食品への依存などが、これらの老年症候群の発症と進行に重要な影響を与える。本ポジションペーパーでは、リハビリテーション (以下、リハ) 栄養を SDH の視座から再構築し、ミクロ (個人)、メゾ (地域)、マクロ (政策・国際) の各階層における実践を提案する。個人レベルでは社会的バイタルサインの評価と社会的処方の実施、地域レベルでは地域診断に基づく多職種連携ネットワークの構築、政策レベルではリハ・栄養・口腔・社会の四位一体モデルの構築と実践が重要である。社会的視点を統合したリハ栄養により、健康格差の是正と共生社会の実現を目指し、持続可能な地域社会の発展に寄与する。

はじめに

わが国は世界に類を見ない超高齢社会を迎え、2025年には団塊の世代が後期高齢者となった。この人口構造の変化に伴い、サルコペニア・フレ

イル・栄養障害といった老年症候群への対応が益々重要になっている。従来、これらは主として生物学的側面から理解され、栄養・運動・薬物療法による介入が中心的な取り組みとされてきた。しかし、近年の疫学研究や臨床経験の蓄積により、サルコペニア・フレイル・栄養障害の発症と進行には、社会的要因の関与が明らかになっている^{1,2)}。世界保健機関 (World Health Organization ; WHO) が提唱する健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health ; SDH) の概念^{3,4)}に基づけば、個人の健康状態は医療サービ

1) Dai Fujiwara
坂総合病院リハビリテーション科
2) Hidetaka Wakabayashi
東京女子医科大学病院リハビリテーション科
3) Keisuke Maeda
愛知医科大学栄養治療支援センター

スの利用だけでなく、教育、職業、所得、住環境、社会的つながりといった社会構造的要因によって大きく影響を受ける(図1)。実際に、社会経済的地位の低さや社会的孤立が高齢者の身体機能低下や栄養障害のリスク因子となる⁵⁻⁷⁾。

リハビリテーション(以下、リハ)栄養において、国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health ; ICF)は包括的な評価の枠組みとして用いられている⁸⁾。ICFは、SDHの枠組みを背景に、個人レベルの機能・活動・参加・個人因子の評価に加え、環境因子を通じて社会的要因とも接続し得るツールである。この視点に基づけば、サルコペニア・フレイル・栄養障害を「個人と環境の相互作用によって生じる複合的な健康課題」として再定義できる⁹⁾。重要なのは、ライフコースの視点である。現在の健康状態は、生まれてからこれまで経験した出来事の軌跡(ライフコース)の帰結であり、教育機会、職業歴、家族関係、地域とのつながりといった社会的ネットワークが複雑に影響し合っている¹⁰⁾。また、個人の健康行動は社会環境によって制約されるため、個人の責任に帰することなく、環境調整や社会資源の活用による支援が不可欠である。

本ポジションペーパーは、サルコペニア・フレイル・栄養障害が社会的側面といかに関連してい

るかを整理し、ミクロ(個人)、メゾ(地域)、マクロ(政策・国際)というSDHの3つの階層におけるリハ栄養の実践について提案する。本稿が、リハ栄養における社会的視点に関する議論の起点となることを期待する。

サルコペニア・フレイルと社会的側面

サルコペニア・フレイルと社会的要因の関連は、科学的根拠が示されている。社会経済的地位との関連は、教育、職業、所得の各側面で観察される。ヨーロッパ10カ国を対象とした研究では、低い社会経済的地位がフレイル発症の重要なリスク因子である⁵⁾。また、若年期の学歴や中年期の職業階級が、高齢期のフレイルリスク上昇と関連する¹¹⁾。職業歴については、肉体労働従事者では筋肉量の維持に有利である一方、座位時間の長い職業では将来的な筋量減少リスクが高くなる。また、経済的困窮は栄養状態や医療アクセスに直結し、老年期の身体機能に影響を与える。低所得層ほど栄養の質が低い食品を選択する傾向があり、限られた食費の中でたんぱく質源や新鮮な野菜・果物の購入が制限され、炭水化物中心の安価な食品や超加工食品(Ultra-processed foods ; UPF)に依存する^{12,13)}。UPFは高糖質・高脂肪・高塩分で食物繊維や微量栄養素に乏しく、添加物で嗜好性や保存性を高めている。UPFの摂取量増加

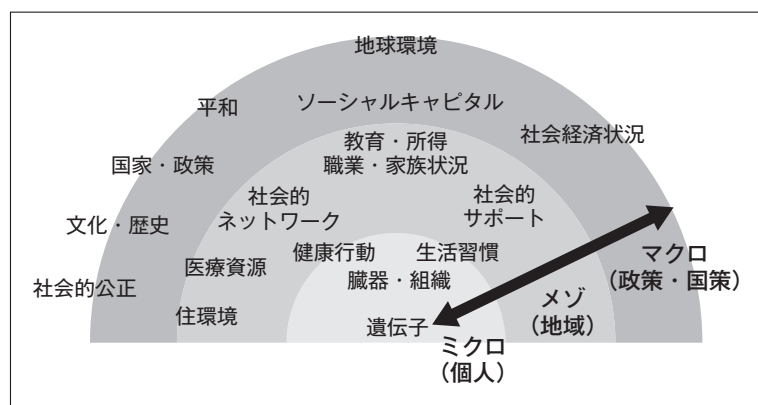


図1 健康の社会的決定要因(Social Determinants of Health ; SDH)
個人の健康は医療サービスのみならず、教育、職業、所得、住環境、社会的つながりなど多層的な社会的要因の影響を受けることを示す概念図。

(Dahlgren et al, 2021)⁴⁾を改変

は、フレイルリスクやサルコペニアの増加と関連している¹⁴⁾。

住環境もサルコペニア・フレイルに影響する。近隣環境の歩きやすさ(walkability)が良好であるほど、高齢者の身体活動量が維持される¹⁵⁾。また、公共交通機関へのアクセスが制限されることによる外出機会の減少は、廃用性の筋力低下を招く大きなリスク因子となる。「買い物難民」の問題は、食品アクセス困難と身体活動機会の損失という二重の影響を与える。

孤独(loneliness)と社会的孤立(social isolation)とサルコペニア・フレイルの関連も注目されている。社会的孤立がサルコペニアのリスクを1.79倍増加させる¹⁾。孤独が身体的フレイルのリスクを1.41倍増加させ⁶⁾、社会的孤立が身体的フレイルのリスクを1.88倍増加させる⁷⁾。社会的フレイルとは、高齢者が社会的つながりや支援を失う、あるいは失う危険性が高い状態を指し、関係の希薄化や支援欠如を特徴とする¹⁶⁾。社会的フレイルは生活ニーズの充足や社会参加を困難にし、身体的・心理的健康を脆弱にする。一方で、社会的ネットワークは健康状態の維持に重要である。家族、友人、地域住民との多様な社会関係を維持している高齢者は、身体機能や認知機能の保持において有利である。定期的な社会活動への参加は、身体活動の機会だけでなく、生活リズム維持や生きがい創出など心理的效果もある。サルコペニア・フレイルは加齢現象ではなく、ライフコース全体の帰結として理解すべきである。

■ 栄養障害と社会的側面

高齢者の栄養障害と社会的要因の関連も、科学的に示されている。一人暮らし、独身、未亡人または離婚、低所得水準という4つの社会経済的要因が、高齢者の栄養不良リスクを1.83倍増加させる²⁾。また、地域の社会経済的地位が低い場合、高い場合と比べて、過体重のリスクを1.31倍、肥満のリスクを1.45倍高める¹⁷⁾。栄養障害の根源は、幼少期からの食環境や食習慣の積み重ねにも関係する。家庭の経済状況や保護者の栄養知識は、子どもの食事内容を大きく左右し、これ

が生涯にわたる健康格差の起点となる。成人期においては、職業生活の特性が食生活に影響を与える。長時間労働や不規則な勤務体制は規則的な食事を難しくし、外食や加工食品への依存度を高める。高齢期では、これまでの食生活の積み重ねにより顕在化し、配偶者や友人との死別により食事パターンが大きく変化することで急激な栄養状態悪化を招くことも多い。食品アクセシビリティも重要で、近隣に食料品店が存在しない「フードデザート」の問題が、食事の質に影響する¹⁸⁾。特に高齢者では、身体機能の変化に応じた環境調整や支援が必要となる。

孤食は高齢者の栄養障害の重要な要因である。孤独や社会的孤立は、高齢者の栄養摂取の質、特に果物や野菜を含む食事の質の低下や微量元素の摂取不足と系統的に関連している^{19,20)}。一人暮らし高齢者においては、食事の準備が煩わしくなり、一人分調理の困難から、食事回数減少や内容の単調化が生じやすい。社会的支援の存在は、こうした高齢者の栄養状態の維持に決定的な役割を果たしている。家族や友人による買い物の同行、調理の手伝い、食事の差し入れといった直接的支援に加え、食事内容の相談相手となることも重要な支援である。

経済的困窮も栄養障害の重要な要因である。低所得層ほどUPFへの依存が大きくなる。UPF摂取が腎機能低下(OR:1.25)、肥満(OR:1.26)、糖尿病(OR:1.23)、抑うつ(OR:1.40)など多様な健康障害と関連する²¹⁾。経済的困窮がUPF依存を通じて高齢者の栄養障害や生活習慣病リスクを増幅させる。また、栄養表示の理解や予算内でのバランスの取れた食事計画立案には一定の知識とスキルが必要であり²²⁾、教育水準の違いは、栄養知識や食品選択能力、適切な栄養管理の実践に格差を生む。高齢者の栄養障害は単なる個人の食行動の問題ではなく、社会構造的要因に根ざした複合的な課題である。

■ SDHの各階層における実践

SDHは単一の要因ではなく、ミクロ(個人)、メゾ(地域)、マクロ(政策・国際)の3つの階層

で構成され、互いに影響し合っていると捉える。社会的要因の改善には多層的なアプローチが必要であり、各階層における実践について提案する。

1) ミクロ (個人)

サルコペニア・フレイル・栄養障害の診断においては、「なぜその状態に至ったのか」という因果連鎖を遡って考察する診断推論の視点が不可欠である²³⁾。たとえば、低栄養の高齢者において、単にエネルギー摂取量不足という直接要因だけでなく、その背景にある調理能力の低下、さらにその原因となる認知機能や運動機能の変化、そして根本要因となる社会的孤立や経済的困窮まで含めた多層的な理解が求められる。この「原因の原因」を探る思考プロセスでは、生物学的、心理学的、社会的要因が複雑に絡み合っていることを認識する。また、問題の相互関連性や時間軸での変化を考慮した診断推論を行う。たとえば、Why分析(なぜを5回繰り返す)や特定要因図(フィッシュボーン)などが有用である。さらに、医師・管理栄養士・リハ専門職に加え、ソーシャルワーカーや保健師、公認心理師などを含めた多職種協働に

よる診断推論が、SDHを踏まえた実践に不可欠である。

目標設定においては、従来の身体機能指標の改善だけでなく、「その人らしい生活の実現」を重視することが重要である。たとえば、「体重が1カ月で2kg増加する」「100m以上の連続歩行が可能になる」という身体面の目標に加え、「自宅で娘と一緒に食事を楽しむ」「近所の友人とお茶を飲みながら談笑する」といった、生活場面での活動や参加の目標を設定する。この際、本人の価値観や生活歴および生活環境を十分に理解し、意味のある活動や役割を明確化することが前提である。また、本人はもちろん、家族や支援者との協議を通じて、実現可能で持続性のある目標を共有する必要がある。

個人の健康に関連する社会的要因を体系的に把握するために「社会的バイタルサイン (Social Vital Sign ; SVS)」の概念が重要である(表1)。SVSは背景や状況を一目で把握できる指標であり、多職種チームが問題を議論する際の共通言語となる。SVSを評価することで、対象者に不必要な否定的感情を抱かず、健康問題を自己責任に

表1 Social Vital Sign : SVS

		WHAT : なにが起きているのか?	WHY : なぜ起きているのか?	HOW : これからどのようにするか?
H	Human network and relationship 人間関係(家族、近所、交友、冠婚葬祭など)			
E	Employment and income 収入、仕事内容、労働環境など			
A	Activities that make one's life worth living 趣味、活動、生きがいなど			
L	Literacy and Learning environment ヘルスリテラシー、健康観、教育環境、学歴など			
T	Taking adequate food, shelter and clothing 食事、住居、地域(衛生、商店、交通/連絡手段、公園)など			
H	Health care systems 保健・医療・福祉・介護サービスなど			
P	Patient preference/values 本人の意向、価値観、性格など			

個人の社会的背景や状況を包括的に把握するための評価枠組み。社会的要因を可視化し、多職種間での共通言語として機能する。SVSのアセスメント項目として、「HEALTH-P」という枠組みがあり包括的評価に有用である。Patient preference/valuesは「個人因子」にあたるが、介入の段階で対象者本人の意向や希望が全く反映されない事態を防ぐために、合わせて評価する。

(Mizumoto et al, 2019)²⁴⁾を改変

帰さない視点をもてる²⁴⁾。ICFにも個人因子と環境因子が含まれるが、ICFにSVSの概念を組み合わせることで、網羅的で実用的な情報収集と支援が可能になる。

サルコペニア・フレイル・栄養障害の改善には、医学的治療に加えて社会的処方など社会的要因への対応が重要である。社会的処方とは、医療機関等を起点として、患者が抱える健康問題の背景にある社会的課題に対応するために、地域社会の非医療的資源（文化活動、自然体験、運動、ボランティアなど）へとつなぐ仕組みであり、本人の目標やニーズに基づいてケアの機会を共に創出する活動を指す^{25,26)}。これは単に医療の補完にとどまらず、生活習慣や孤独、精神的健康、社会的孤立といった要因にアプローチすることで、包括的な健康とウェルビーイングを高める。社会的処方の効果を検討した系統的レビューでは、精神的健康の改善、身体活動量の増加、救急外来受診の減少、さらには医療費抑制の傾向が報告されている²⁷⁾。例として、調理負担を減らす工夫（軽い鍋への変更、電子レンジ対応容器の利用）、食品入手を助ける工夫（移動販売車やネットスーパー利用支援）、食事支援（配食サービスの紹介）、地域包括支援センターとの連携などが挙げられる。さ

らに、地域サロンや老人クラブへの参加、ボランティア活動への参加機会づくりも、社会的つながり維持の有効な方法となる。

2) メゾ(地域)

地域で効果的なリハ栄養を展開するには、地域診断による現状把握が欠かせない。地域診断とは、地域住民の健康課題と生活資源を系統的に調べる取り組みであり、人口構造（高齢化率や単身世帯率、所得分布）、交通や医療機関へのアクセス、介護サービスやNPOなどの社会資源、さらに食文化や住民の健康意識といった文化的背景までを多面的に把握することを指す。こうした評価を客観的に進めるには、指標の活用が有用である²⁸⁻³⁰⁾（表2）。地域診断は必ずしも大規模な調査を要しない。各専門職自らが勤務する地域において、日常診療を通じた気づきを記録し共有することが地域診断の第一歩となる。例として、対象者が買い物に要する時間、調理力の低下の背景、社会活動への参加の有無などがある。この積み重ねが地域の特性を反映したりハ栄養の実践へとつながっていく。

地域診断に基づいて、地域に特化したリハ栄養戦略も重要である。農村部では食材の自給能力が

表2 地域診断に用いられる指標

指標	測定内容	活用目的
ウォークアビリティ指数 (Walkability Index) 28)	道路ネットワークの接続性、歩道の有無や整備状況、交差点密度、土地利用の多様性（住宅・商業・公共施設の混在度）、さらに商業施設や公共交通機関までの距離などを総合的に数値化。これにより、日常生活の中で徒歩移動がどの程度しやすいかを評価する。	地域における歩行環境を定量化し、住民の身体活動量、肥満や心血管疾患リスクとの関連を検証する。都市計画や健康増進政策において、環境整備の優先度を決定する根拠となる。
食品アクセス指標 (Food Access Index 29)	新鮮な食材を扱うスーパーマーケットや青果店までの距離や所要時間、交通手段の有無（徒歩・自転車・公共交通）、利用可能な店舗数や選択肢の分布を指標化。これにより、住民が健康的な食品をどの程度容易に入手できるかを評価する。	いわゆる「食品砂漠」や「食品スワンプ（高カロリー・低栄養食品のみが豊富な地域）」を可視化し、栄養状態や食生活習慣の格差を明らかにする。食環境改善施策（移動販売車、配食サービス、店舗誘致など）の効果測定にも活用可能。
ソーシャルキャピタル測定法 (Social Capital Measurement) 30)	住民同士の結束度、近隣住民や地域組織との交流頻度、互助活動やボランティア活動への参加、地域内の信頼関係やネットワークの強さを調査票やアンケートを通じて測定。個人レベルと地域レベルの双方から社会資本を把握する方法。	地域の社会的資源を定量的に把握し、健康格差、孤立、フレイル、うつ症状などのリスクを予測する。地域介入（サロン活動、ボランティア育成、社会的処方など）の評価や政策立案の基盤となる。

地域の健康課題や社会資源を把握するために用いられる代表的な指標。

高い一方で医療アクセスが限られるため、予防的アプローチを重視し、保健師や栄養士との連携を強化することが必要である。都市部では社会的孤立や食品アクセスの課題が顕著であり、配食サービスや地域食堂の充実、近隣住民によるネットワークづくりが効果的である。さらに、リハ栄養の視点をもつ「リンクワーカー」が関与し、ICF情報を活用して対象者と社会資源をつなぐことが、切れ目ない地域支援につながる。リンクワーカーは、社会的処方において地域住民や患者と地域の社会資源をつなぐ役割を担う。地域におけるアウトカム評価としては、地域参加度、社会ネットワークの強度、生活満足度といった指標が有用である。

実践の場は従来の医療機関や施設にとどまらず、地域全体を対象とした支援へと広げることが重要である。長野県佐久市の移動栄養相談車による中山間地域高齢者へのアウトリーチ、愛知県豊田市の買い物支援とフレイル予防教室の連携、鳥根県雲南市の移動販売車や農産物直売所、温泉施設を活用した取り組みはその好例である。これらは、住民の生活圏に根ざした支援の提供で、健康格差の是正に寄与している。

包括的なリハ栄養の実現には、地域レベルでの多職種連携ネットワークの構築が重要である。実際に、東北ではT-REX（東北リハ栄養懇話会）がセミナーやクロストーク企画を通じて多職種交流の場を提供している。東京、埼玉、近畿、福岡、千葉でもリハ栄養ネットワーク研究会が立ち上がり、症例検討や研究発表を基盤に「顔の見える関係」を育んでいる。また、京都・滋賀では「京滋摂食嚥下を考える会」が嚥下食の共通基準や連絡票を整備し、さらに地域の食文化とも融合させた「京介食」の開発を進めている。これらの活動は、地域における学びと実践の循環を生み出し、多職種連携の定着やリハ栄養の普及を後押しする重要な基盤となっている。加えて、持続可能な地域づくりには、各専門職のみならず、スーパーマーケット、薬局、交通事業者、大学、行政など多様な主体との協働が欠かせない。今後は、こうした活動を一部の専門家に委ねるのではなく、病院や

施設といった組織単位でもSDHへの取り組みに責任者や専任チームを配置し、地域に向けた介入・連携・支援を展開することが求められる。そして、専門職一人ひとりが主体的に関わる必要がある。小さな一歩であっても、各専門職の積極的な参画がネットワークを強化し、結果として地域全体のケア質向上につながっていく。

3) マクロ (政策・国際)

リハ・栄養・口腔管理の連携による三位一体のアプローチは、2024年度診療報酬・介護報酬同時改定において国策として制度化された(表3)。今後は、診療報酬における加算要件の緩和や介護報酬における多職種連携加算の拡充、地域包括ケアシステムにおけるリハ栄養推進の明確化など、制度的支援の継続と発展が課題である。さらに、社会的側面を統合した「四位一体」モデルの構築を提案する(図2)。リハ・栄養・口腔・社会の四側面を相互補完的に組み合わせることで、包括的で持続可能なケアが可能となる。そして、個人レベルでの機能・活動・参加とQOL向上のみならず、社会全体での健康格差是正を目指すことができる。

社会面のリハ栄養を推進するには、政策的後押しとともに、現場の医療者のみならず病院・施設といった組織単位で社会的課題に関与する仕組みが欠かせない。疾病や身体機能だけでなく、孤立、経済的困窮、食や住環境の制約といった背景要因を把握すること、課題を地域資源につなぐ「橋渡し」の役割を果たすこと、多職種が対等に協働して社会的課題に取り組むことが必要である。また、従来の臨床成果に加えて、社会的孤立の軽減、地域参加の促進、生活満足度の向上、制度改正や健康格差縮小といった社会的アウトカムを評価指標とし、現場で得られた課題を社会に発信し制度改善につなげることが重要である。

こうした取り組みを推進するため、本学会では「SDH委員会」の設立を検討している。委員会では三つの柱を掲げる。第一に、各専門職がSDHを理解し対応するスキルを習得する教育資源の整備。第二に、社会的要因とリハ栄養の関連と介入

表3 リハビリテーション・栄養・口腔の制度的位置付け

制度区分	改定内容	主な要件・特徴
医療 (診療報酬 2024 年度改定)	リハ・栄養・口腔 連携体制加算の新設	・入院後48時間以内にADL・栄養・口腔を評価 ・多職種による連携計画の作成・実施 ・病棟専任の管理栄養士配置が要件 ・算定は計画作成日から14日間
医療 (地域包括医療病棟・2024 年度新設)	地域包括医療病棟の新設	・地域包括ケア病棟の後継として新設 ・急性期から在宅・介護への橋渡しを担う ・退院支援・地域連携を重視し、栄養・口腔管理の統合が期待される
医療 (回復期リハ病棟・2024年度改定)	回復期リハ病棟の評価強化	・生活機能回復と在宅復帰支援の役割を明確化 ・リハビリのアウトカム評価（FIM利得、在宅復帰率など）を強化 ・病棟リハチームとNST・口腔ケアチームの連携を推進
医療～介護連携 (急性期から在宅までの流れ)	急性期→地域包括→ 回復期→在宅・介護 の連携強化	・急性期での48時間以内評価を義務化し、リハ・栄養・口腔連携が入院直後から始動 ・地域包括医療病棟や回復期リハ病棟に接続し、在宅まで切れ目ない一体的管理を制度化
介護 (介護報酬 2024 年度改定)	リハ・栄養・口腔の 一体的推進の強化	・国が一体的計画書の様式を提示、対象サービスでの活用を求める（＝加算・基準と連動） ・「自立支援・重度化防止の取組」を多職種協働で推進 ・LIFE等のデータ活用を推奨
介護 (口腔関連：2021 年改定→2024年義務化)	口腔衛生管理体制制 加算の廃止と 義務化への移行	・2021 年度改定で加算廃止 → 3年の経過措置 ・2024 年4月から運営基準で義務化：全施設で標準実施
介護 (口腔評価関連)	口腔の健康状態の 定期的評価の徹底	・施設系：入所時および月1回程度の評価を義務化 ・通所系：口腔・栄養スクリーニング加算により継続的評価を推進
介護 (在宅・通所サービス関連)	通所・訪問リハ、訪問 歯科衛生士等との 連携強化	・通所リハ・訪問リハで栄養・口腔スクリーニング加算を評価 ・訪問歯科衛生士による口腔ケア支援を推進 ・在宅・施設でも栄養と口腔を多職種で一体的に評価・管理

2024年度診療報酬・介護報酬改定において新設・拡充されたリハビリテーション・栄養・口腔管理の加算・評価を整理した。

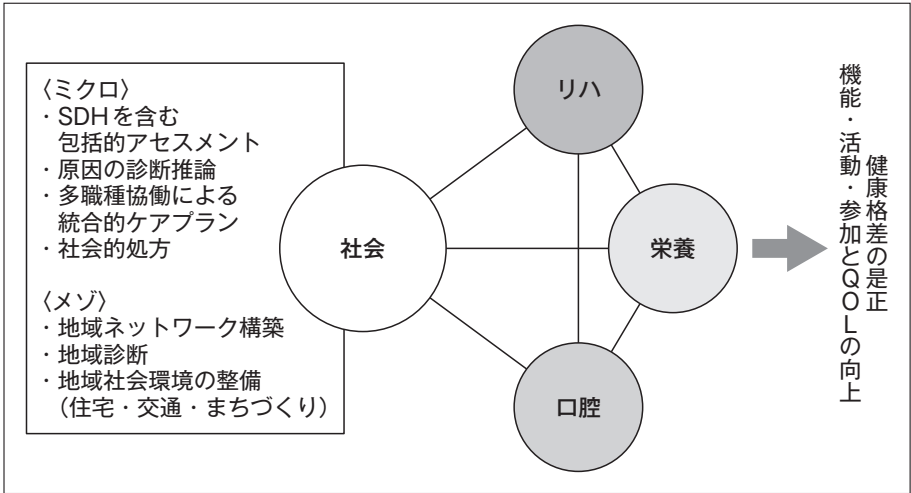


図2 リハビリテーション・栄養・口腔・社会の「四位一体」モデル
従来の三位一体（リハ・栄養・口腔）に社会的側面を統合し、健康格差の是正とQOL向上を目指す包括的モデル。

効果を検証する研究推進。第三に、行政・他学会・市民団体と連携し健康格差は正に資する提言を発信することである。さらにWHOの「Health in All Policies」に基づき、都市計画・交通・教育・住宅・雇用など医療外の政策分野にも働きかけ、現場で得た課題を分析しエビデンスに基づく提言を行う。SDHの上流要因に取り組むことは私たちの社会的責務である。

さらに国際的展開も重要である。国際リハ栄養学会の設立と定期開催により、各国の研究者・実践者が集い、異なる制度や文化におけるSDHの影響を比較できる。特に高齢化が進むアジア諸国との協働は、共通課題の解決に資する知見を提供する。また、国際共同研究を通じて実装科学の枠組みを用いて介入効果を検証・普及することは、社会的インパクトの拡大に結びつく。

■ おわりに

サルコペニア・フレイル・栄養障害をSDHの視座から再考し、リハ栄養における社会的側面の重要性和各段階での実践を示した。本稿が社会的視点を導入する契機となり、包括的な実践の発展

に寄与することを期待する。共生社会の実現に向け、リハ栄養の役割は一層大きく、今後も本学会が先導的責務を担うことが求められる。ただし、社会を変える主体は学会や委員会に限らず、各医療機関・施設や日常の診療・地域ケアに携わる一人ひとりの専門職である。個人と組織が社会的要因に目を向けた実践を積み重ねることが、健康格差の是正と持続可能な地域社会の実現につながる。

謝辞：2025年8月25日から9月8日まで日本リハビリテーション栄養学会会員に対してパブリックコメントを募集し、3名の方より貴重なご意見をいただきました。ご意見は可能な限りポジションペーパーに反映させていただきました。コメントをくださった皆様に深く感謝申し上げます。

利益相反 (COI) 状態に対する申告

藤原 大：なし、若林秀隆：講演料 (大塚製薬工場)、前田圭介：講演料 (アボットジャパン、大塚製薬工場、日清オリオグループ)

資金提供の有無：なし

著者資格：①構想およびデザイン、データ取得、データ分析および解釈において相応の貢献がある。②論文作成または重要な知的内容に関わる批判的校閲に関与した。③出版原稿の最終承認を行った。

藤原 大：①～③、若林秀隆：①～③、前田圭介：①～③

【文献】

- 1) Yang J et al : The association of living alone and social isolation with sarcopenia : A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 91 : 102043, 2023.
- 2) Besora-Moreno M et al : Social and economic factors and malnutrition or the risk of malnutrition in the elderly : a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Nutrients* 12 (3) : 737, 2020.
- 3) Marmot M et al : Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 372 (9650) : 1661-1669, 2008.
- 4) Dahlgren G et al : The Dahlgren-Whitehead model of health determinants : 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health* 199 : 20-24, 2021.
- 5) Stolz E et al : The impact of socioeconomic position on frailty trajectories in 10 European countries : evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2013). *J Epidemiol Community Health* 71 (1) : 73-80, 2017.
- 6) Kojima G et al : Associations between loneliness and physical frailty in community-dwelling older adults : A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 81 : 101705, 2022.
- 7) Kojima G et al : Associations between social isolation and physical frailty in older adults : A systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* 23 (11) : e3-e6, 2022.
- 8) Nagano A et al : Rehabilitation Nutrition for Iatrogenic Sarcopenia and Sarcopenic Dysphagia. *J Nutr Health Aging* 23 (3) : 256-265, 2019.
- 9) Frier A et al : The relationship between social determinants of health, and rehabilitation of neurological conditions : a systematic literature review. *Disabil Rehabil* 39 (10) : 941-948, 2017.
- 10) Machù V et al : Work-family trajectories and health : A systematic review. *Adv Life Course Res* 52 : 100466, 2022.
- 11) Henchoz Y et al : Socioeconomic status across the life-course and frailty in older age : Evidence from Switzerland. *Int J Public Health* 70 : 1608102, 2025.
- 12) Darmon N et al : Does social class predict diet quality ? *Am J Clin Nutr* 87 (5) : 1107-1117, 2008.
- 13) Anderson E et al : Improving healthy food choices in low-income settings in the United States using behavioral economic-based adaptations to choice architecture. *Front Nutr* 8 : 734991, 2021.
- 14) Kanbay M et al : The impact of ultra-processed food

- consumption on frailty and sarcopenia : A systematic review. *J Hum Nutr Diet* **38** (4) : e70096, 2025.
- 15) D'Amore C et al : Determinants of physical activity in community-dwelling older adults : an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act* **20** (1) : 135, 2023.
 - 16) Pradana AA et al : Social frailty in older adults : A concept analysis. *Arch Gerontol Geriatr* **130** : 105729, 2025.
 - 17) Mohammed SH et al : Neighbourhood socioeconomic status and overweight/obesity : a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMJ Open* **9** (11) : e028238, 2019.
 - 18) Beaulac J et al : A systematic review of food deserts, 1966–2007. *Prev Chronic Dis* **6** (3) : A105, 2009.
 - 19) Steptoe A et al : Social isolation, loneliness and low dietary micronutrient intake amongst older people in England. *Age Ageing* **53** (10) : afae223, 2024.
 - 20) Hanna K et al : The association between loneliness or social isolation and food and eating behaviours : A scoping review. *Appetite* **191** : 107051, 2023.
 - 21) Dai S et al : Ultra-processed foods and human health : An umbrella review and updated meta-analyses of observational evidence. *Clin Nutr* **43** (6) : 1386–1394, 2024.
 - 22) Drewnowski A : The economics of food choice behavior : why poverty and obesity are linked. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser* **73** : 95–112, 2012.
 - 23) Wakabayashi H et al : Diagnostic reasoning in rehabilitation nutrition : Position paper by the Japanese Association of Rehabilitation Nutrition (secondary publication) . *J Gen Fam Med* **23** (4) : 205–216, 2022.
 - 24) Mizumoto J et al : Social vital signs for improving awareness about social determinants of health. *J Gen Fam Med* **20** (4) : 164–165, 2019.
 - 25) Paquet C et al : Social prescription interventions addressing social isolation and loneliness in older adults : Meta-review integrating on-the-ground resources. *J Med Internet Res* **25** : e40213, 2023.
 - 26) Sadio R et al : Social prescription for the elderly : a community-based scoping review. *Prim Health Care Res Dev* **25** : e46, 2024.
 - 27) Bickerdike L et al : Social prescribing : less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open* **7** (4) : e013384, 2017.
 - 28) Watson KB et al : Associations between the National Walkability Index and walking among US Adults–National Health Interview Survey, 2015. *Prev Med* **137** : 106122, 2020.
 - 29) Jiao J et al : How to identify food deserts : measuring physical and economic access to supermarkets in King County, Washington. *Am J Public Health* **102** (10) : e32–e39, 2012.
 - 30) Villalonga-Olives E et al : The measurement of social capital. *Gac Sanit* **29** (1) : 62–64, 2015.