

# 健康の社会的決定要因に対するリハビリテーション専門職の 在り方に関する論考

## Social Determinants of Health in the Rehabilitation Profession

滝本 幸治\*・三好 雅之・花澤 侑里佳  
Koji TAKIMOTO\*, Masayuki MIYOSHI and Yurika HANAZAWA

### 要旨

健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health) は、遺伝的素因や年齢、性別などの生物学的要因とは異なり、生活習慣はじめ、社会・地域のネットワークや生活・勤務環境など、健康に影響を与える非医学的要因のことをいう。SDH は個人に起因しない社会の構造的な要因であり、疾病罹患リスクや死亡率など健康に影響することが知られており、地域間格差があることも知られている。本論文では、このような健康格差に対する考え方を参照しながら、介護予防や健康増進など職域を拡大してきたリハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士）が、その職能を活かしてどのようなかたちで健康格差の縮小に貢献し得るか論じる。同時に、人々の健康に寄与するためにリハビリテーション専門職が解決すべき課題についても触れ、今後、超高齢社会のわが国でリハビリテーション専門職が時代のニーズに応えていくために、職能集団としての課題と強みを認識しながら研鑽し続ける必要がある。

キーワード：健康の社会的決定要因 (SDH)、健康格差の縮小、ユニバーサル・アプローチ、  
通いの場 (コミュニティ) づくり、ヘルスリテラシー

### I. 緒言

人びとが健康的な生涯を全うすることは、人類共通の大きな願いであるとともに、現代社会や医学が長きにわたって取り組んできた命題であるといっても過言ではない。日本は 20 世紀後半から急激に高齢化が進行し、それに伴い生じた課題を解決するため医療・介護保険制度などが見直されながらサービスが提供・拡充されてきた<sup>1)</sup>。介護保険制度においては、スクリーニングを通して要介護状態への移行を未然に防ぐハイリスク・アプローチが行われてきた。しかしながら、新規要介護認定を受けた者の 1 年前の状態を調査した結果によると、対象者の半数はリスク（うつ、閉じこもり、転倒、口腔機能低下、低栄養）がない状態から発生しているというデータがある<sup>2)</sup>。したがって、リスクを有する者を対象としたハイリスク・アプローチだけでは、約半数の新規要介護認定を予防できない。ここで注目すべきは、自立した生活を送っていた者がどのような要因によって 1 年後に要介護状態に至ったのかという点である。近年は、地域により健康寿命<sup>3)</sup>やうつの割合などに差がある<sup>4)</sup>ことが知られており、このような地域間の健康格差も問題となっている。健康に影響を及ぼす要因は、遺伝的素因や年齢、性別などの生物学的要因や、従来から対策が講じられてきた生活習慣とともに、社会・地域のネットワークや生活・勤務環境など、非医

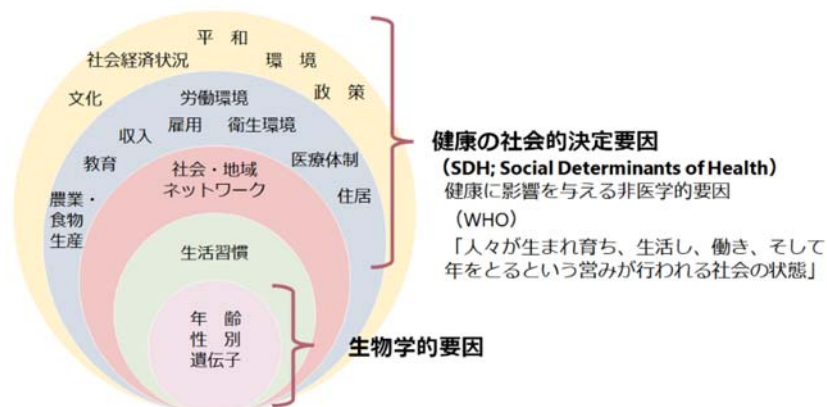


図1 健康の社会的決定要因 (SDH) を示したレインボー・モデル (文献<sup>3) 9)</sup> を基に筆者作成

学的要因の影響が知られるようになった。それらを「健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health ; SDH)」という<sup>5)</sup>。つまり、SDHは個人に起因しない健康に影響する社会の構造的な要因といえることができる。

本論文は、超高齢社会の日本において、これまで多くの高齢者に3次予防 (後療法、リハビリテーション) の観点から貢献してきたリハビリテーション専門職 (リハ専門職；理学療法士、作業療法士、言語聴覚士) が有する職能を、健康を阻害する社会的決定要因に対してどのように貢献することができるか提案を試みるものである。

## II. 健康の社会的決定要因 (SDH) とリハビリテーション専門職の接点

予め、健康とは何かについて確認しておく。日本 WHO 協会<sup>6)</sup>は、「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」としている。そのうえで、WHO (世界保健機関) は、この健康を左右する社会的な要因を「健康の社会的決定要因 (SDH)」とし、「人々が生まれ育ち、生活し、働き、そして年をとるといふ営みが行われる社会の状態」と定義<sup>7) 8)</sup>している。SDHを示したレインボー・モデル (図1)<sup>3) 9)</sup>は、生物学的なミクロレベルの要因を最下層に示し、最外層に社会経済状況や文化、政策などのマクロレベル (環境としての社会) の要因、その中間層に社会・地域とのネットワークや生活・労働環境などメゾレベル (個人の社会経済的要因) が示されており、SDHの構成を視覚的に理解することを助けてくれる。

一方で、SDHのエビデンスはどの程度構築されているのであろうか。例えば、さまざまなSDH (所得や教育年数など) が抑うつ<sup>10)</sup>や認知機能<sup>11)</sup>、転倒<sup>12) 13)</sup>などと関連することが知られている。あるいは、建造環境 (built environment) という人工的な環境 (公園や公共交通機関、商店の有無・密度など) が、健康に好影響もたらす可能性を示唆した報告も散見される<sup>14~17)</sup>。Schroederら<sup>18)</sup>の報告によると、死亡への寄与率は生物学的要因 (遺伝的素因) の30%に対し、残りの70%がSDH (生活習慣40%、社会的状況15%、医療提供体制10%、環境5%) によるものであることが示されている。

一方、わが国では超高齢社会の到来を受け、リハ専門職の職域が拡大している。従来、リハ専門職は、傷病者に対する関わり (後療法としての3次予防) が大半を占めた。しかし、生活習慣病をはじめとした健診事業等を通して行われる疾病の早期発見・早期対応を行う2次予防、あるいは介護予防や健康増進に関連する1次予防へと職域を拡大し、自治体事業へ参画するに至っている。筆者は、理学療法士がその職能を活用してリハビリテーション以外にも貢献している現状から、理学療法の位置づけについてパラダイムシフトが必要であると考えている<sup>19)</sup>。地域包括ケアシステムの構築においても、地域在住の高齢者が、必要に応じてサービスを受けたり社会参加することが

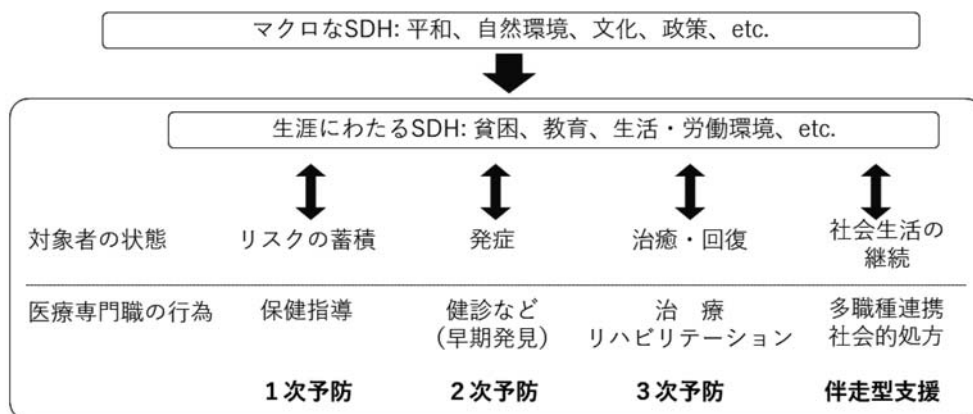


図2 1次～3次予防および伴走型支援とSDHとの関係（文献<sup>20</sup>）を基に筆者作成

叶うよう、リハ専門職の貢献が強く求められている。つまり、地域在住高齢者が住み慣れた町でその人らしく生活を継続することが叶うよう、伴走型の支援にも携わっている。このことは、地域支援事業においてリハ専門職の貢献が明確に示されていることから自明である（例えば、地域リハビリテーション活動支援事業、C型通所・訪問サービスなど）。ここで特筆すべきは、リハ専門職が携わっているいずれの予防段階においてもSDHが影響していることである（図2）<sup>20</sup>。さらに、WHOでは、個人を取り巻く社会環境の整備を重視した新しい予防の考え方として「ゼロ次予防（primordial prevention）」を定義しており、「原因となる社会経済的、環境的、行動条件の発生を防ぐための対策をとること」としている<sup>21</sup>。SDHに対する介入を考えると、直接的な原因以上に間接的に健康に影響を及ぼしている「原因の原因」に気づく必要がある。あるいは、種々のリスクから不健康に至る過程を川の流れるにたとえた場合の「上流要因」としてSDHをとらえる視点が重要であり、メゾレベルそしてマクロレベルの要因に迫るものがゼロ次予防ということになる。例えば、社会参加がしやすい地域では、このことが環境要因として健康状態に好影響をもたらすことが相次いで報告されている<sup>22～25</sup>。

### Ⅲ. 健康格差対策の考え方

WHOでは、SDHに関する特別委員会（Commission on SDH）が設けられており、「一世代のうちに格差をなそう：SDHへの取り組みによる健康の公平性」（最終報告書2008年）<sup>26</sup>が発表されている。この報告書の中で、①日常生活状況を改善する、②権力、資金、リソースの不公平な分配に対処する、③問題を測定して理解し、対策の影響を評価するという、3つの主要な勧告が示されている。また、近藤らはSDHに対する健康格差対策に関して、6つの課題と5つの進め方を示しており参考になる<sup>27</sup>。

一方で、多岐に渡るSDHに対して「健康格差対策の7原則」が知られている（図3）<sup>28</sup>。7原則は、「始める」「考える」「動かす」という3段階で構成されており、最初の「始める」段階で扱うのは「関係者間で課題を共有すること（第1原則）」である。続いて「考える」段階では、ハイリスク者だけではない「配慮ある普遍的対策（第2原則）」と、個人における人生の時間経過である「ライフコースを考慮する（第3原則）」ことである。最後の「動かす」段階では、短・中・長期的な目標設定と効果検証のために「PDCAサイクルを回す（第4原則）」こと、メゾ・マクロレベルで国・自治体・コミュニティという階層を理解した「重層的対策（第5原則）」、関わる専門職や組織・部門など「縦割りを超える（第6原則）」こと、健康づくりに留まらない「コミュニティづくり（第7原則）」があげられる。

次章では、「健康格差対策の7原則」を参考にしながら、リハ専門職がSDHに対して取り組むより実践的な貢



図3 健康格差を縮小するための3つの段階と7つの原則（文献<sup>28)</sup>より転載）

献の可能性を論じる。

#### IV. リハ専門職の職能を活かしたSDHへの対応

地域包括ケアが叶う社会（地域）とは、高齢者にとって健康が維持あるいは高められやすい社会（地域）と換言できる。これまでみてきたように、SDHは非常に多岐に渡り、画一的な方法でそれらすべてに対応することはできない。また、マクロレベルの要因は、その要因規模の大きさから最初に着手することは困難を伴うことが考えられるため、メゾレベルのSDH把握・評価および対策から始める方がよいのではないかと考えている。実際、リハ専門職は地域包括ケアにおいても、ミクロレベル（個人要因）とともにメゾレベルの要因に対して介入しているというのが現状であろう。

ここでは、リハ専門職が培ってきた職能をSDHのどのような側面にどのように介入することができるか、地域包括ケアを踏まえながら前章で示した「健康格差の7原則」を参照し、3段階を順に示していく。

##### 1. 第1段階「始める」

リハ専門職は、これまで関連職種とチームを構成することで、個々の対象者に対応してきた<sup>29)</sup>。SDHにおいても、何が人々の健康に影響しているのかという情報を関連する人々（専門職のみならず、住民、自治体職員、企業、メディア関係者など）と共有することが肝要である。

現行制度において、これに類似の枠組みとしては「地域ケア会議」があげられる<sup>30)</sup>。地域ケア会議は、広義には地域課題の発掘・解決のため、狭義には支援困難事例の課題解決を目的に行われるが、一般的には後者の意味で扱われることが多い。同会議では、自治体（地域包括支援センター）職員、担当ケアマネジャー、対象者にサービス提供をしている事業所職員とともに、必要に応じて助言を行う専門職（医師、看護師、リハ専門職、薬剤師、栄養士、歯科衛生士など）が同席する。和歌山県御坊市では、当事者の自宅にて当事者および家族とともに同会議を実施している。また、高知県香南市ではリハ専門職2職種（PTとOT）が常時アドバイザーとして参加するなど、それぞれの地域の実情に応じた対応を進めている。このような機会を通じて、対象者およびその地域に生じている課題を関係者が共通認識することが、SDHの具体的な対策を講じるうえで最初の取り組みとなる。他方、共有した地域課題を解決するために行われる「地域ケア推進会議」を通して具申し、政策提言へとつなげていくこともSDHのマクロ要因に対する対策という点において極めて重要である。

最近では、地域の課題や強みを把握するために「地域診断」が行われる機会が増えつつある。地域診断は、地域課題の対策を講じるために、①多様な人材・組織同士の課題共有、②対策の優先順位づけ（重点対象地区や優先課題



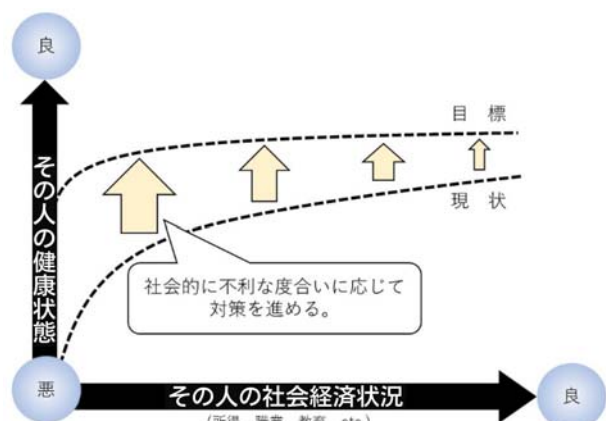


図4 傾斜をつけたユニバーサル・アプローチ  
(文献<sup>28)</sup>を基に筆者作成)

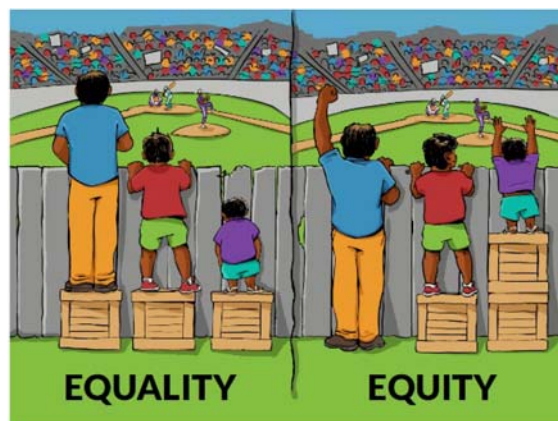


図5 平等 (equality) と公平性 (equity) の違い<sup>36)</sup>

の選定)、③対策のマネジメント (計画立案と評価: 数値目標設置と達成度管理) のために必要とされている<sup>31)</sup>。他地域との比較や時系列の変化、人口構成などを考慮し検討することで、当該地域の強みあるいは課題を見出すことができる。近年はマルチレベル分析 (multi-level analysis) の手法が活用されつつあり、検討・分析の視点が圧倒的に広がる<sup>32) 33)</sup> ことから、リハ専門職もこの手法の有効活用により地域課題の把握に努める必要がある。

## 2. 第2段階「考える」

リハ専門職が個別介入することにより、健康増進や介護予防を叶えることができたとしても、集団を対象にどこまでも個別支援は行き届かない。このような量的な課題解決においては、ハイリスク・アプローチも有効な側面があるが、健康を高めるために好ましい行動変容を人々にもたらすことは容易ではない。また、ハイリスク者のみアプローチするだけでは、低リスク者へのアプローチの機会がないため、集団全体への予防効果・健康対策にはならないという考えもある<sup>34) 35)</sup>。では、集団全体のリスクを全体的に下げるポピュレーション・アプローチがより有効であるかという点、必ずしもそうでない。ポピュレーション・アプローチでは、すべての人々を対象とした知識・健診啓発のためのキャンペーン (講演会、チラシ配布など) が代表的であるが、結果として健康格差を広げてしまう可能性がある。つまり、健康意識が高い人々はより健康になり、逆に健康意識が乏しい人々はますます取り残されてしまう (= 格差が拡大する)。そこで、新しい戦略として提案されているのがユニバーサル・アプローチ (配慮ある普遍的対策、図4)<sup>29)</sup> である。健康を高めるために不利な社会的状況の程度は人それぞれ異なるため、支援が必要な程度に応じて対策を強める手法であり、プロポーション・アプローチとも呼ばれる。この考え方は、「平等」と「公平性」という視点で整理すると分かりやすい。図5に野球観戦の例を示すが、塀に遮られているすべての人々に足台を提供するのは平等な対応であるが、必要のない人や提供されても状況が不変な人も存在する。これは、ポピュレーション・アプローチに似た状況である。一方、全員が観戦できるよう必要に応じた足台の提供が叶えば公平性が叶えられ、ユニバーサル・アプローチに類似の対応とみることができる。

支援が必要な程度に応じた対応の多くは、現在のある一時点、あるいはこの先の生活を見据えた対応ということができるが、SDHは胎児期から子ども、青年、壮年、老年期へと至るライフコースや、各世代のライフステージ特有の要因を考慮した対応も重要となる。健康格差の背景に、貧困や教育というSDHが存在するとき、リハ専門職がそれらに対して直ちに対応することは難しい。リハ専門職が対応する機会の多い壮年期～老年期に対象者は、これまでのライフコースでSDHの影響を既に受けている人々である。健康問題の多くは、壮年期～老年期に生じることが多いが、このリスクを低減させるためには、より早期に介入する方が効果的であると考えられている。しかし、壮年期以降の人々に対して過去の要因を変えることはできないため、どの時点からであっても健康格差の要

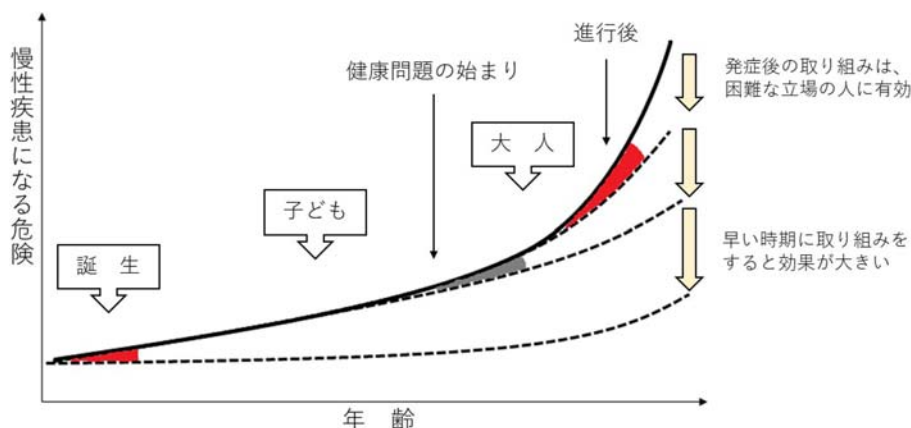


図6 リスクに対する介入時期による効果の違い（文献<sup>37)</sup>より著者作成）

因に対策を講じることに加え、ユニバーサル・アプローチで示したように、より支援を必要とする人々（既に疾病を発症している人々など）に重みづけをした考え方が有効であるとされている（図6）<sup>37)</sup>。

このようなライフコースやライフステージを意識した対応は、極めて重要である。たとえば、ライフステージに応じて「保健・医療」「教育・学校」「職業・仕事」「地域・仲間」など生活を送るうえでの重みづけは異なる。同じ傷病であっても、解決すべき課題の優先順位が異なることを把握・確認したうえで対策を講じる必要がある<sup>38)</sup>。

### 3. 第3段階「動かす」

第3段階では、健康格差の縮小を実現するために、実際にどのように動いていけばよいのかを示す。

#### 1) 通いの場づくり

和歌山県日高町では、廃校跡の有効活用について自治体がプロポーザル方式で公募し、地元の医療法人がそれに応えるかたちで、新たな通いの場「ひいのの」の開設に参画した。同法人は、最初に「地域住民の交流拠点としてカフェを運営する」ことから着手した。そのうえで、リハスタッフが中心となり、介護予防を目的とした事業を展開することとなった（令和5年4月開始）。当該健康教室は、約3か月間の専門職介入の後、住民主体で取り組みが継続できるよう、参加者（定員20名）の募集当初よりこの内容を含めてアナウンスを行った。健康教室の概要は、校舎の講堂を利用して、表（上段）に示すコンセプトのもとリハ専門職が中心となり運営に当たった。同時に、健康教育の一環として他の専門職や自治体職員に協力を要請し、講話を行った。3か月間の介入初期と終了時には、主たる体力測定（握力、歩行能力、バランス能力、他）とともに、後期高齢者の質問票をはじめ、高次生活機能（JST版活動能力指標）、栄養状態（簡易栄養状態評価MNA）、フレイル（J-CHS）、サルコペニア（AWGS-2019）、さらには健康の社会的決定要因（SDH）でもあるヘルスリテラシー（CCHL）や幸福感（SWLS）の評価など多面的に評価を実施した。本事業の成果については、参加者は比較的体力水準が高く生活機能が高い集団特性があり、身体能力の一部向上および座位行動時間の短縮などとともに、リハ専門職の介入後に住民主体で運営していくためのリーダーや各役割などを明確にすることができるなど、参加者の主体的な協力が得られるに至っている。現在は、講話の内容を再確認できるよう、SNSを利用した情報・動画配信にも着手している。また、継続支援として、定期的なモニタリングにより活動継続の成果を見える化して参加者にフィードバックしたり、健康情報の再確認やアップデートの機会も計画している。このような住民主体型運動教室の継続支援に対しても、リハ専門職は大いに貢献し得るであろう。人とのつながりが不足し社会的に孤立した状態では、人々の健康度が低くなる<sup>39)</sup>ことが知られている一方で、通いの場への参加が、健康に好影響をもたらすエビデンスも構築されつつある<sup>40)</sup>。また、通いの場への参加要因として家から近い人ほど参加することや<sup>41)</sup>、SDHの要因である高学歴や高所得の参加者が多いという

表 廃校跡を活用したリハ専門職による健康教室のコンセプトと講和テーマ一覧

【健康教室のコンセプト】			
①地域住民の主体的参加：地域住民への啓蒙（チラシ配布・講演会・体力測定会）			
②地域住民がわかる：運動指導、健康に関する講義			
③地域住民ができる：運動の実施、教室運営の方法をグループワーク、役割分担			
④地域住民で継続する：集団体操、定期的な評価（効果検証）			
【講話テーマ（タイトル）一覧】			
担当	テーマ	担当	テーマ
第1回 主にPT	健康長寿で生き方上手／体力測定	第8回 薬剤師	正しい薬の付き合い方～薬で不健康にならないために～
第2回 PT	今日から始める健康体操（いきいき百歳体操）	第9回 PT	健康長寿を叶える生活環境①
第3回 PT	たくましい「筋肉」を守り育てるために～サルコペニア～	第10回 PT	健康長寿を叶える生活環境②
第4回 PT	健康長寿のキーワード「フレイル」	第11回 社会福祉士	困ったときの医療・保健・福祉制度
第5回 OT	認知症予防に有効な生活習慣	第12回 主にPT	継続のためのグループワーク／体力測定
第6回 ST	健康長寿は口からはじめよう！	第13回 PT	取り組みの振り返り／体力測定結果のフィードバック
第7回 管理栄養士	フレイル予防の栄養摂取	以降、住民主体で健康教室を継続（週1回）。 3カ月に1度、種々の体力測定・計測等を実施。	

PT：理学療法士、OT：作業療法士、ST：言語聴覚士、社会福祉士は、自治体職員（地域包括支援センター）に協力を要請。

傾向がみられないことが知られており<sup>42)</sup>、通いの場を通じた取り組みは健康格差の縮小にむけて今後更なる成果が期待される。

## 2) 異業種・異分野、非専門職との協働

既存の取り組みにおいてもリハ専門職が健康格差の縮小に貢献できる枠組みがある。例えば、地域ケア会議などが最たる例である。第1段階の「始める」で触れた通りであるが、支援に関わる専門職あるいは非専門職が対象者の課題を共通認識したうえで、対策を講じる場である。リハ専門職は、福祉用具の活用などを含めた住環境などの物的環境に対する対策、家族や近隣の知人などを含めた人的環境、フォーマル・インフォーマルな地域資源、さらにはソーシャル・キャピタルの豊かさなども含めた社会の成員として対象者の生きがいを見出し叶えることに尽力する必要がある。そこでは、多岐に渡る要因を加味して、直ちに解決すべき対策や、中・長期的な目標及び対策案などを講じ、小さきPDCAサイクルを機能させていく必要がある。また、地域ケア会議に限らず、SDH上の課題について解決策を講じる場合、リハ専門職だけで無理に解決しないよう留意する必要がある。地域で生活する人々の生活や健康課題に対応する場合、ニーズは極めて多様であり、それらに対応するためにはリハ専門職の職能だけでは太刀打ちできない。福祉の専門職や社会福祉協議などの組織、地域のリンクワーカー（例えば民生委員や生活支援コーディネーターなど）等、あるいはNPOや企業などあらゆる力を融合すること（＝社会的革新（イノベーション）の普及）が重要である。このような部門横断的な取り組みとして、和歌山県御坊市役所の例が挙げられる。市役所内の健康に関連する部門（健康福祉課、生涯学習課、商工振興課、防災対策課、介護福祉課）が定期的に市民の健康づくりのための会議を開催し、試験的に職員を対象としてウォーキング（歩数ランキング）や放課後倶楽部（業務後のスポーツ活動）、あるいは運動啓発などに取り組み始めており、今後は市民向けの展開を計画している。

さまざまな医療専門職や異業種、組織などと協動的に活動を展開するためには、第1段階で示した「課題共有」が欠かせない。そのためには、それぞれの立場でどのような自らの専門性や課題意識を共有する機会が必要である。学術的にも学際的研究が推奨されているように、地域課題の解決のためにもさまざまな立場の人々が自分自身でできることとできないことを自覚し、誰が何を得意とするのかを把握しておくことができれば、地域全体としてのパフォーマンスは向上するはずである。今後は、それぞれの地域独自の課題解決に努めるため、異分野・異業種と地域課題



を共有する機会を設ける試みなどが重要となってくるであろう。

## V. SDHの対策を講じるためにリハ専門職が解決すべき課題

ここまで、SDHによる健康格差に対して、リハ専門職がどのようなかたちで貢献し得るかを論じてきた。しかしながら、リハ専門職の職能が広く求められる時世になったとはいえ、新たに獲得すべき知見や解決すべき課題も少なくないと考えている。以下に、課題と考える3項目について示す。

### 1. リハ専門職の教育内容について

著者は、自治体などの要請で地域住民に対して健康に関する講演や健康関連体力の測定などを行う機会が多い。自治体としては、通いの場での活動継続の動機付け、あるいはその意義を認識してもらう意図でこのような機会を企画していると思われるし、著者自身もそのように認識して携わっている。しかしながら、疾病予防の啓発のために健康に関する講演を行うだけでは、その効果は期待できない可能性がある<sup>43)</sup>。例えば、虚血性心疾患の予防対策に関するシステマティック・レビューにおいて、危険因子に関する健康教育（禁煙、運動指導、体重コントロールなど）を実施しても、十分な効果は立証されていない。但し、既に薬物療法を実施しているハイリスク者には有効であった。したがって、リスクのない健常者に対する健康教育の効果は限定的であると言わざるを得ない。健康に悪影響を及ぼすことを知っていながら、生活習慣を改めることができないことは、多くの人々が自らの生活を振り返ると思いつくものがあるのではないだろうか。これが、健康教育の難しさである。ここでヒントとなるのが行動変容を促すための理論である。代表的なものに、①応用行動分析学、②健康信念モデル、③行動変容ステージモデル（トランスセオレティカル・モデル）④行動経済学などがある<sup>44~46)</sup>。ここに示すような、人々の行動変容を促す実践力は、これまで保健活動を通して地域住民の健康課題に取り組んできた公衆衛生学のプロである保健師などに学ぶものが多い。したがって、リハ専門職の養成課程では、これからの社会ニーズに応えるためにさまざまな予防の段階で活用可能な行動変容技法を学修することは必須であると考えられる。

加えて、医学生卒業時における到達目標を示した「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の平成28年度改訂版には、初めて「社会構造（家族、コミュニティ、地域社会、国際化）と健康・疾病との関係（健康の社会的決定要因：SDH）を概説できる」という学修目標が新たに設定された<sup>47)</sup>。一方、理学療法学と作業療法学それぞれのモデル・コア・カリキュラム<sup>48) 49)</sup>では、「社会と理学療法」「社会と作業療法」という大項目に対し、健康の概念や健康と環境について、あるいは予防と健康管理などの中項目があるもののSDHの文字は見当たらない。養成課程において、どの領域に重み付けをして学修を求めるのか整理・再考する段階にきていると感じている。

### 2. 健康教育の重要性について（ヘルスリテラシーに注目して）

最近、コロナ禍でヘルスリテラシーが注目を浴びた。ヘルスリテラシーとは、「健康や医療に関する情報を入手し、理解し、評価し、活用する（情報を使うことで健康に結びつくような、よりよい意思決定を行う）能力」と定義づけられる<sup>50) 51)</sup>。例えば、ヘルスリテラシーが低い者は、医学的な問題の最初の兆候に気づきにくく慢性的な疾病の管理が難しくなること、入院しやすく医療費が高くなり、死亡率が高いことなど他にもさまざまな弊害が知られている<sup>52)</sup>。近年の日本における研究においても、フレイルへの移行リスクが高くなることが知られている<sup>53)</sup>。注目すべきは、日本人のヘルスリテラシーはアジアやヨーロッパ諸国の中でも低いということである<sup>54) 55)</sup>。COVID-19パンデミックによるさまざまなインフォデミック（インフォメーションとパンデミックの混成語。虚偽や誤解を招く情報が氾濫すること）に国民が翻弄されたのは記憶に新しい<sup>56)</sup>。しかしながら、高齢者を対象としたアクティブ・ラーニング型の健康教育介入により、ヘルスリテラシーとともに認知機能、歩行速度、身体活動、食品摂取多様性などに改善効果あるなど、今後の展望に明るい報告もある<sup>57) 58)</sup>。一方で、ヘルスリテラシーと健診受診行動には関



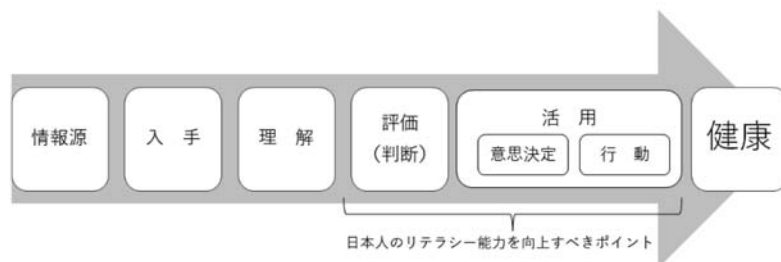


図7 ヘルスリテラシーのプロセス（文献<sup>60)</sup>より著者改変・作成）

連がないことが知られており、健康を増進するライフスタイルやソーシャル・キャピタルが受診行動に重要であるという報告もある<sup>59)</sup>。したがって、決してヘルスリテラシーの向上が健康のための万能薬ではないことを知る必要がある。健康を阻害するさまざまなリスクを低減させるための介入時期は早いほどよいことを図6で示したが、アメリカでは幼稚園入園前から12年生（高校3年生）まで National Health Education Standards（国民健康教育基準、日本の学習指導要領のようなもの）という教育プログラムが作成されている<sup>60)</sup>。また、フィンランドでは、日本のように保健と体育がセットではなく「保健」が独立した科目として重視されている数少ない国である。日本においても、学習指導要領で「思考・判断・表現」が全分野で育成すべき資質・能力が明記されており、ヘルスリテラシーに関する記載はないものの、健康や病気の予防に関する思考・判断の状況に関する質問について肯定的な質問の割合が増加傾向にある<sup>61)</sup>。但し、日本人は意思決定力の弱さが指摘されており、このことはヘルスリテラシー能力における得た情報を評価（判断）し活用するうえで懸念される現状である。オランダと日本のヘルスリテラシーの違いをみると、そのプロセスにおいて健康情報の入手や理解はさほど差がないにもかかわらず、情報の評価（判断）が日本において極めて低く、評価した情報の活用においても日本が低くなっている（図7）<sup>54)</sup>。カーネマンによる早い思考（システム1）と遅い思考（システム2）が知られているが<sup>62)</sup>、情報を熟慮して判断を下すシステム2は習慣化した生活の中では特段必要とされないため、どうしても直感的に判断するシステム1が有意に立ってしまう。したがって、ヘルスリテラシーの向上には、システム2の起動が課題であることも認識しておく必要がある。

日本人は、このような意思決定能力が低いことが知られており、幸福感には学歴や世帯年収よりも意思決定が関連していることも知られている<sup>63)</sup>。したがって、わが国においては、人々の意思決定力を向上させることもヘルスリテラシーを高めるには重要なことである。意思決定については、「パターナリズム（paternalism）」「インフォームド・ディシジョン・メイキング（informed decision making; IDM）」「シェアード・ディシジョン・メイキング（shared decision making; SDM）」の3つのタイプが知られている<sup>64)</sup>。人により意思決定のパターンは異なることもあるが、近年はSDMが注目されており、専門家と対象者が一緒に意思決定を行うSDMがより多くの人に叶えられるよう、リハ専門職は地域の人々にとって身近な存在であることが望まれる。

幼少期からの健康教育の充実、さらには壮年～老年期とすべてのライフステージにおける健康教育の機会提供が叶えば、結果として健康に関する正しいリテラシー能力をもち合わせる人々が増える。社会的ワクチンという考え方があり<sup>65)</sup>、ワクチンは病気に罹患しないようにするためのものであるが、社会的ワクチンは人々が病気に罹患しにくいよう行動し、結果として健康が守られ高めやすい社会になるという意味合いになる。リハ専門職が健康の不公平をなくすための戦略としてヘルスリテラシーの向上に寄与し、このような社会的ワクチンが広く行き渡ることを願っている。

### 3. 地域で活躍できる基盤

現在、日本におけるリハ専門職の主たる勤務先は、大半が医療施設である（PT：78.5%、OT：52.1%）<sup>66) 67)</sup>。医療施設に勤務するリハ専門職が地域で通いの場創設などアウトリーチな活動に寄与できる体制づくりが急がれる。しかしながら、SDHに貢献するためにリハ専門職が地域で活動する場合、十分な予算が計上されていない場合も少なくなく、地域リハビリテーション活動支援事業など新たな枠組みもできつつあるが、積極的に活動を展開しづらい状況は続いている。故に、所属施設の地域貢献活動の一環として活動展開していることも少なくない。あるいは、地域リハビリテーション支援体制の整備のために地域リハビリテーション広域支援センター<sup>68)</sup>として指定されている施設では、概ね二次医療圏域内に広く地域リハビリテーションの効果的な支援が求められているため、当該施設におけるリハ専門職の活動も期待される。地域に根付いた活動を医療施設のリハ専門職が継続することで、地域課題を把握しやすくなったり、地域住民が医療専門職から健康情報を得られやすくなったりと、健康格差縮小への反映は決して小さくないと考える。また、地域住民や地域で活動しているリンクワーカー、あるいは専門職である保健師や介護支援専門員であっても、リハ専門職がどのような地域課題に応じてくれるのか十分に理解が及んでいないことも多分にある。そのことが、地域課題を把握するうえで障壁となっている可能性がある。日頃から、リハ専門職がどのような専門家であるのか啓発することを意図した活動も怠ってはならない。

## VI. さいごに

日本の健康施策において、SDHによる健康格差の対策が明確に示されたのは比較的最近のことである。国民健康づくり運動として2000年に始まった「健康日本21」には記載はなかったが、2013年の「健康日本21（第二次）」に健康寿命の延伸とともに初めて「健康格差の縮小」が示された。2022年に最終報告書（案）が公開され、健康寿命の都道府県格差の縮小を健康格差縮小のアウトカムとしてみた場合、男性で縮小を認めている<sup>3)</sup>。この結果は、国や都道府県・市町村などの施策というSDHのマクロ要因により、健康格差縮小の可能性の一端が示されたことになる。本論文で述べてきたSDHは、出生前から人々の健康に影響し続けるが故に、健康格差の縮小は決して容易ではない。しかし、すべての人々の関心事であろう健康について、リハ専門職が「暮らしているだけで健康になる社会づくり」に貢献すべく時代のニーズに応じていくために、職能集団としての課題と強みを認識しながら研鑽し続ける必要がある。

## 謝辞

和歌山県日高町にて「ひいの事業」に参画し、貴重な情報を提供して下さった社会医療法人黎明会の根来拓弥氏、宮本敬二氏、宮井淳次氏、武内紳氏に感謝申し上げます。

## 利益相反について

本論文内容に関連する利益相反事項はない。

## 引用文献・資料

- 1) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：平成30年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究。  
[https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2022/11/houkatsu\\_01\\_1\\_2.pdf](https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2022/11/houkatsu_01_1_2.pdf)（2023.9.24 閲覧）
- 2) 近藤克則：健康格差社会第2版－何が心と健康を蝕むのか。医学書院。2022年。

- 3) 厚生科学審議会 健康日本 21 (第二次) 推進専門委員会: 健康日本 21 (第二次) 最終評価報告書 (案) 2022 年. <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000951721.pdf> (2023.9.30 閲覧)
- 4) 吉井清子, 他: 日本の高齢者—介護予防に向けた社会疫学の大規模調査高齢者の心身健康の社会経済格差と地域格差の実態. 公衆衛生 69: 145-148, 2005.
- 5) Dahlgren G, Whitehead M.: Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. 1991. <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf> (2023.9.24 閲覧)
- 6) 公社) 日本 WHO 協会 HP: 健康の定義 <https://japan-who.or.jp/about/who-what/identification-health/> (2023.9.24 閲覧)
- 7) WHO Commission on Social Determinants of Health: Final Report, Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. 2008. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69832/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69832/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf?sequence=1) (2023.9.24 閲覧)
- 8) WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会: 最終報告書, 一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性. 2013. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69832/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_jpn.pdf?isAllowed=y&sequence=73](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69832/WHO_IER_CSDH_08.1_jpn.pdf?isAllowed=y&sequence=73) (2023.9.24 閲覧)
- 9) 武田裕子: 格差時代に医学教育で取り組む「SDH (Social Determinants of Health)」とは?. 医学教育 50(5): 415-420, 2019.
- 10) Haseda M, et al.: Community Social Capital, Built Environment, and Income-Based Inequality in Depressive Symptoms Among Older People in Japan: An Ecological Study From the JAGES Project. J Epidemiol. 2018; 28(3): 108-116.
- 11) Livingston G, et al.: Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet. 2020; 396(10248): 413-446.
- 12) Breslin MA, et al.: Social Determinants of Health and Patients With Traumatic Injuries: Is There a Relationship Between Social Health and Orthopaedic Trauma?. Clin Orthop Relat Res. 2023; 481(5): 901-908.
- 13) 近藤克則: 健康格差社会と転倒予防. 日本転倒予防学会誌 6(1): 5-13, 2019.
- 14) Barnett DW, et al.: Built environmental correlates of older adults' total physical activity and walking: a systematic review and meta-analysis. Int J Behav Nutr Phys Act. 2017; 14(1): 103.
- 15) Momosaki R, et al.: Association between Food Store Availability and the Incidence of Functional Disability among Community-Dwelling Older Adults: Results from the Japanese Gerontological Evaluation Cohort Study. Nutrients. 2019; 11(10): 2369.
- 16) Hanibuchi T, et al.: Neighborhood built environment and physical activity of Japanese older adults: results from the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). BMC Public Health. 2011; 11: 657.
- 17) Kikuchi H, et al.: Objectively Measured Neighborhood Walkability and Change in Physical Activity in Older Japanese Adults: A Five-Year Cohort Study. Int J Environ Res Public Health. 2018; 15(9): 1814.
- 18) Schroeder SA.: We can do better--improving the health of the American people. N Engl J Med. 2007; 357(12): 1221-1228.
- 19) 滝本幸治: 超高齢社会を担うリハビリテーション専門職が取り組むべき課題に関する論考—現状と展望をふま

- えてー. 奈良学園大学紀要 14: 115-127, 2021.
- 20) 近藤尚己, 西村真紀 (編著): 実践 SDH 診療—できることから始める健康の社会的医決定要因への取り組み. 中外医学社. 2023 年.
  - 21) 木原雅子, 木原正博 (監訳): WHO の標準疫学 (第 2 版). 三煌社. 2008 年. ゼロ次予防に関する記載
  - 22) Fujihara S, et al.: Community-level social participation and functional disability among older adults: A JAGES multilevel longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2022; 100: 104632.
  - 23) Tsuji T, et al.: Community-Level Sports Group Participation and Health Behaviors Among Older Non-Participants in a Sports Group: A Multilevel Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(2): 531.
  - 24) Tsuji T, et al.: Community-Level Sports Group Participation and the Risk of Cognitive Impairment. *Med Sci Sports Exerc.* 2019; 51(11): 2217-2223.
  - 25) Tsuji T, et al.: Community-level Sports Group Participation and Older Individuals' Depressive Symptoms. *Med Sci Sports Exerc.* 2018; 50(6): 1199-1205.
  - 26) WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会: 最終報告書, 一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性. 2013. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69832/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_jpn.pdf?isAllowed=y&sequence=73](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69832/WHO_IER_CSDH_08.1_jpn.pdf?isAllowed=y&sequence=73) (2023 年 9 月 24 日閲覧)
  - 27) 近藤尚己: 健康格差対策の進め方 効果をもたらす 5 つの視点. 医学書院. 2016 年.
  - 28) 医療科学研究所: 健康格差対策の 7 原則. 健康の社会的決定要因 (SDH) プロジェクト. [https://www.iken.org/project/project01/files/17SDHpj\\_ver1\\_1\\_20170803.pdf](https://www.iken.org/project/project01/files/17SDHpj_ver1_1_20170803.pdf) (2023.9.24 閲覧)
  - 29) 菊池尚久: リハビリテーションチーム. *総合リハ* 40(5): 441-445, 2012.
  - 30) 厚生労働省老健局: 地域ケア会議実践事例集 (2014 年 3 月) [https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-0-01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-0-01.pdf) (2023 年 9 月 14 日閲覧)
  - 31) 日本医療研究開発機構・長寿科学研究開発事業: 介護予防活動のための地域診断データの活用と組織連携ガイドー地域包括ケアの推進に向けて. 2017 年  
<https://www.jages.net/library/regional-medical/> (2023.9.14 閲覧)
  - 32) Mori Y, et al.: Built environments and frailty in older adults: A three-year longitudinal JAGES study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2022; 103: 104773.
  - 33) Fujihara S, et al.: Does Community-Level Social Capital Predict Decline in Instrumental Activities of Daily Living? A JAGES Prospective Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16(5): 828.
  - 34) 近藤克則: 第 13 章ハイリスク・アプローチの限界とそれに代わるもの. 健康格差社会への処方箋. 医学書院: pp181-193, 2017 年.
  - 35) ジェフリー・ローズ: 予防医学のストラテジー. 生活習慣病対策と健康増進. 医学書院. 1998 年.
  - 36) Maguire A.: Illustrating Equality VS Equity. Interaction Institute for Social Change.  
<https://interactioninstitute.org/illustrating-equality-vs-equity/> (2023.9.14 閲覧)
  - 37) 弓野綾: ライフコース・アプローチ. 実践 SDH 診療. 近藤尚己・西村真紀 (編著). 中外医学社.: pp175-187, 2023 年.
  - 38) 河野真 (編): ライフステージから学ぶ地域包括リハビリテーション実践マニュアル. 羊土社. 2018.
  - 39) House JS, et al.: Social Relationships and Health. *Science.* 1988; 241(4865): 540-545.



- 40) 井出一茂, 他: 高齢者における通いの場参加と社会経済階層—JAGES 横断研究—. 老年社会科学 43(3): 239-251, 2021.
- 41) Ichida Y, et al.: Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study. Soc Sci Med. 2013; 94: 83-90.
- 42) 井出一茂, 他: 通いの場づくり—日本老年学的評価研究機構 (JAGES) の知見から. 総合リハ 49(12): 1163-1168, f2021.
- 43) 近藤克則: 介入すべきは個人か社会か—ハイリスクストラテジーの限界. 健康格差社会第 2 版—何が心と健康を蝕むのか. 医学書院: pp176-192, 2022 年
- 44) 山本淳一: 徹底的行動主義と応用行動分析学—ヒューマンサービスの科学・技術の共通プラットフォーム. 行動分析学研究 35(2): 128-143, 2021.
- 45) 辻下守弘: 健康教育に必要な健康心理学の知識. 鶴見隆正・大淵修一 (編). 理学療法 MOOK11 健康増進と介護予防. 三輪書店: 32-40, 2004.
- 46) リチャード・セイラー, キャス・サンスティーン: 実践行動経済学完全版. 遠藤真美 (訳). 日経 BP. 2022.
- 47) モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会/専門教育委員会: 医学教育モデル・コア・カリキュラム平成 28 年度改訂版. 2016. [https://www.mext.go.jp/component/b\\_menu/shingi/toushin/\\_icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961\\_01.pdf](https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf) (2023.9.28 閲覧)
- 48) 公社) 日本理学療法士協会: 理学療法学教育モデル・コア・カリキュラム. 2019. [https://www.japanpt.or.jp/assets/pdf/activity/books/modelcorecurriculum\\_2019.pdf](https://www.japanpt.or.jp/assets/pdf/activity/books/modelcorecurriculum_2019.pdf) (2023.9.28 閲覧)
- 49) 一社) 日本作業療法士協会教育部: 作業療法教育ガイドライン作業療法士養成教育モデル・コア・カリキュラム. 2019. <https://www.jaot.or.jp/files/page/wp-content/uploads/2013/12/Education-guidelines2019.pdf> (2023.9.28 閲覧)
- 50) Nutbeam D, Muscat DM.: Health Promotion Glossary 2021. Health Promot Int. 2021; 36(6): 1578-1598.
- 51) SorensenK, et al.: Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12: 80.
- 52) Berkman ND, et al.: Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evid Rep Technol Sssess (Full Rep). 2011; 199: 1-941.
- 53) 上村一貴, 他: 高齢者のヘルスリテラシーが 2 年後のフレイルの有無に及ぼす影響—前向きコホート研究—. 日老医誌 58: 101-110, 2021.
- 54) Nakayama K, et al.: Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. BMC Public Health. 2015; 15: 505.
- 55) Duong TV, et al.: Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. J Epidemiol. 2017; 27(2): 80-86.
- 56) 中山和弘: ヘルスリテラシーをめぐる日本の状況とコロナ禍における必要性. 生活協同組合研究 544: 17-24, 2021.
- 57) 上村一貴, 他: アクティブ・ラーニング型教育介入が高齢者のヘルスリテラシーと健康行動に及ぼす影響ランダム化比較試験. 運動疫学研究 21(1): 56-67, 2019.
- 58) 上村一貴, 他: 高齢者の介護予防を目的としたアクティブ・ラーニング型健康教育の地域実践—住民主体による取り組み—. 理学療法学 46(4): 275-282, 2019.

- 59) 井本知江, 他: 保険者別特定健診受診の有無と健康増進ライフスタイル, ヘルスリテラシー, ソーシャル・キャピタルとの関連. 日本公衛誌 66(6): 295-305, 2019.
- 60) 中山和弘: 子どもと高齢者のヘルスリテラシー. これからのヘルスリテラシー健康を決める力. 講談社: pp160-173, 2022.
- 61) 公益財団法人日本学校保健会: 保健学習推進委員会報告書ー第3回全国調査の結果ー. 2017. [https://www.gakkohoken.jp/book/ebook/ebook\\_H280040/index\\_h5.html#%E8%A1%A8%E7%B4%99](https://www.gakkohoken.jp/book/ebook/ebook_H280040/index_h5.html#%E8%A1%A8%E7%B4%99) (2023.9.27 閲覧)
- 62) ダニエル・カーネマン: ファスト&スロー (上) (下). 村井章子 (訳). 早川書房. 2014.
- 63) 西村和雄, 八木匡: 幸福感と自己決定ー日本における実証研究 (改訂版). 2020. <https://www.rieti.go.jp/jp/publications/dp/18j026.pdf> (2023.9.27 閲覧)
- 64) 中山和弘: 患者・市民中心の意思決定支援. これからのヘルスリテラシー. 講談社: 97-105, 2022.
- 65) Baum F, et al.: Social vaccines to resist and change unhealthy social and economic structures: a useful metaphor for health promotion. Health Promot Int. 24(4): 428-33.
- 66) 公社) 日本理学療法士協会 HP: 統計情報 (2023年3月時点) <https://www.japanpt.or.jp/activity/data/> (2023.9.27 閲覧)
- 67) 公社) 日本作業療法士協会事務局: 2022年度日本作業療法士協会会員統計資料. 日本作業療法士協会誌. 138; 16-31, 2023.
- 68) 厚生労働省老健局: 地域リハビリテーションの重要性とその活用について. 2017年. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000151679.pdf> (2023.9.29 閲覧)