
研究報告

医療看護研究28 P.63-74 (2021)

都市在住高齢者のヘルスリテラシーの実態

Health Literacy and Related Factors of the Elderly in Urban Japan

島田 広美¹⁾
SHIMADA Hiromi

川上 和美¹⁾
KAWAKAMI Kazumi

岡本 美代子¹⁾
OKAMOTO Miyoko

野崎 真奈美¹⁾
NOZAKI Manami

要旨

本研究の目的は、都市在住高齢者が自らの健康を管理するために必要な情報をどのような媒体から入手し、健康情報の入手、理解、評価、活用におけるHLの実態を明らかにすることである。方法は、A市老人クラブ会員を対象とした無記名自記式質問紙調査である。

結果、質問紙561部を老人クラブに郵送配布し、381名から回答が得られ、368名の回答を分析対象とした。平均年齢76.9(65-95)歳、健康への関心がある者は97.0%であった。健康情報の入手方法では、テレビが最も多く、友人・家族、医師・専門家、新聞、市の広報誌、インターネットなど複数の情報源から入手していた。総合HL標準化指数のMean(SD)は27.5(8.8)であり、総合HLは「やや不十分」と判定された。HLの能力別にみると「理解HL」が最も高く、「入手HL」、「評価HL」が低かった。対象である都市在住高齢者は健康への関心が高く、疾病予防に関する健康情報に多く触れているが、自ら必要な情報にアクセスし入手することやその情報の必要性や信頼性を評価することに課題があることが推察された。

キーワード：高齢者、健康情報、ヘルスリテラシー、看護

Key words：elderly, health information, health literacy, nursing

I. 緒言

我が国の平均寿命は年々過去最高を記録している一方で、近年の健康寿命の伸び率は小さいことが指摘されている(内閣府, 2018)。日常的に介護を必要とせず、自立した生活ができるとされている健康寿命の延伸は、高齢者本人が希求するだけでなく、国が推進している政策の一つである。そのために必要な能力として、ヘルスリテラシー(以下、HLとする)が注目されている。

HLには様々な定義がある。世界保健機構(WHO,

1998)は、「良好な健康の増進または維持のために必要な情報にアクセスし、理解し、利用していくための個人の意欲や能力を規定する認知および社会生活向上のスキル」とHLを定義している。Nutbeam(2008)は、HLを3つのレベルに分類し、①日常生活場面における読み書きを基本的スキル(機能的HL)、②関連する情報を獲得し、意味を引き出し、新しい情報を変化していく環境へ適用する、より高度な認知的スキル(伝達の・相互作用的HL)、③情報を批判的に分析し、その情報を生活上の出来事や状況に応じ、適応し、コントロールするために利用できる高度な認知的スキル(批判的HL)を説明している。また、Sorensen et al.(2012)は、既存の定義をシステムティックレビュー

1) 順天堂大学医療看護学部

Faculty of Health Care and Nursing, Juntendo University
(May. 6. 2021 原稿受付)(Jul. 21. 2021 原稿受領)

一し、HLを「健康情報を入手、理解、評価、活用するための知識、意欲、能力であり、それによって日常生活におけるヘルスケア、疾病予防、ヘルスプロモーションについて判断したり、意思決定をしたりして、生涯を通じて生活の質を維持、向上させることができるもの」と定義している。社会経済の変化、メディアの多様化、情報量の増大など時代背景の変化に伴い、HLに求められるスキルや能力、健康情報を活用する場面が多様になってきており、HLの適用範囲は広がっているが、統一的な定義は定められていない。

疫学的研究では、低いHLと心疾患発症との関連(Lindahl et al., 2020)が明らかにされていることから、高齢者のHL獲得と向上は、疾病予防や自立した生活を維持するための核となる能力と言える。地域包括ケアシステムが推進される中、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、高齢者のHLの向上は喫緊の課題であるといえる。

高齢者のHLについては、医療、健康情報の入手状況で、テレビ、友人や家族、新聞が多く、地域差が見られていることや高齢者が医療・健康情報の入手プロセスにおいて情報の信頼性や情報量の多さ、情報内容のわかりにくさに不満が生じていること(金城 他, 2017)が明らかにされており、高齢者のおかれている状況によって異なる課題が生じていると考えられる。高齢者と周囲環境の特徴を踏まえた支援体制のバランス、地域単位、個人単位で高齢者の状況を踏まえた援助提供が求められている(佐野 他, 2018)。さらに、健康日本21(第二次)では、地域特性に応じた社会環境作りを目指し、地域住民の特性を捉えることが重要であるとされている(厚生労働省, 2013)。つまり、高齢者のHLを高めるためには、高齢者がおかれている環境を考慮する必要があり、高齢者が暮らす地域特性をふまえたHLの把握が必要である。また、社会の発展に伴って健康情報が飛躍的に増加していくなかで、健康を維持・増進するために求められる能力も多様となる。健康を左右するHLはより広い概念で捉える必要がある。

HLは様々な評価法が開発され続けており、日本においても一般市民を対象とした包括的なHLを評価するツールが翻訳、開発されている(Nakayama et al., 2015; Ishikawa et al., 2008; Suka et al., 2013)。しかしながら、HLは、個人がおかれた状況によって求められる能力が異なる、状況特異的な性質を持つ

(Nutbeam, 2008)。このため、包括的な評価法のみでHL獲得や個人ならびに地域の学習・教育ニーズを明らかにし、そのニーズをみとすることは難しく、状況特異的な評価法の重要性は高いが、都市在住高齢者を対象としたHLの評価方法は見当たらない。また、地方と都市では高齢者を取り巻く環境が異なりHLに影響をもたらすことが予測される。そこで、今回は、都市在住高齢者のHLの実態を明らかにし、高齢者のHL向上のために、何が必要であるのか、その課題を検討する。

Ⅱ. 目的

都市在住高齢者が自らの健康を管理するために必要な情報をどのような媒体から入手し、健康情報の入手、理解、評価、活用におけるHLの実態を明らかにする。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙による横断研究

2. 対象者

高齢者のHLは環境の影響を受けやすいことを考慮し、研究者らが地域の情報を得やすい大学近隣の都市A市とした。A市は大規模住宅開発が進み、都心への通勤に便利なベッドタウンとして発展を遂げている。人口約17万人、高齢化率17.4%、高齢者の約6割が前期高齢者(A市, 2019)であり、今後、急激に高齢化が進むことが予測され、高齢者の健康の維持・増進が課題となっている。また、老人クラブは健康づくりや介護予防を目的としており、会員にはHLが求められている。老人クラブが高齢者のHL向上に向けた活動の拠点となることを予測し、A市老人クラブに所属している65歳以上の会員を対象とした。

3. 研究期間およびデータ収集期間

研究期間：2019年4月～2020年3月

データ収集期間：2019年12月～2020年1月

4. 調査内容及び方法

1) 調査内容

先行研究(金城 他, 2017; Nakayama et al., 2015)を参考に研究者間でHLに影響することが予測される個人因子を検討し、①対象者の基本属性、②健康情報の入手方法、③HL評価尺度で構成される無記名自記

式質問紙を作成した。表面妥当性を確保するために調査前に65歳以上の高齢者3名を対象にプレテストを行った。すべての問いに回答され、質問項目のわかりにくさについては意見がなく、読みづらさを指摘されたため、文字サイズとフォントを修正した。調査内容は次の通りである。

①対象者の基本属性

性別、年齢、最終学歴、世帯収入、生活の満足度、主観的健康観および健康への関心について情報を得た。

②健康情報の入手方法

日常生活における健康情報の入手方法について、「1.十分に入手している」「2.まあ入手している」「3.あまり入手していない」「4.入手していない」の4択で回答を得た。

③HL評価尺度

European Health Literacy Survey Questionnaire 日本語版（以下、HLS-EU-Q47とする）を使用した。HLS-EU-Q47は、Sorensenの包括的HLの概念モデルを用いたもので、3つの領域（ヘルスケア、疾病予防、ヘルスプロモーション）と4つの能力（入手、理解、評価、活用）で構成されている。質問は47項目あり、回答は「1.とても簡単」「2.やや簡単」「3.やや難しい」「4.とても難しい」「5.わからない／あてはまらない」の5段階リッカート尺度である。HLS-EU-Q47日本語版（Nakayama et al., 2015）の使用にあたり、事前に作成者からの了承を得た。

2) データ収集方法

A市老人クラブの会長に口頭と書面にて説明し、調査協力を依頼した。協力が得られた老人クラブ会長に配布可能部数を聞き、無記名自記式質問紙を郵送し、会長経由で所属会員への配布を依頼した。質問紙を受け取った対象者が研究に同意した場合にのみ、質問紙に回答し、返信用封筒にて無記名質問紙を研究者へ返送していただくように依頼した。

5. 分析方法

収集したデータをすべてMicrosoft Excelに入力し、名義変数のコーディングを行った後、データクリーニングを行った。

対象者の基本属性、健康情報の入手方法は記述統計により、名義変数は度数と割合、連続変数は平均値（Mean）と標準偏差（SD：standard deviation）を算出した。

HLは、HLS-EU-Q47の質問項目ごとに、選択肢別回答の度数と割合を算出し、さらに、「3.やや難しい」「4.とても難しい」を「難しい」として、合計した度数と割合を算出した。次に、総合HL、HL領域別（ヘルスケアHL、疾病予防HL、ヘルスプロモーションHL）、HL能力別（入手、理解、評価、活用）として、0～50点満点に標準化指数を算出した。標準化指数は、5段階尺度のうち「5.わからない／あてはまらない」を欠損値として扱い、回答数値を「4.とても簡単」「3.やや簡単」「2.やや難しい」「1.とても難しい」へ逆転したうえで指数の公式「 $(平均 - 1) \times (50/3)$ 」により算出した。標準化指数の判定基準は、0-25を「不十分」、>25-33を「やや不十分」、>33-42を「十分」、>42-50を「良好」とした（The European Health Literacy Project, 2012）。総合HL、HL領域別、HL能力別で、判定基準ごとに度数と割合およびMeanとSDを算出した。標準化指数の判定区分で標準化指数に差があるかを見るために、独立変数を標準化指数の判定基準の区分、従属変数を総合HL、HL領域別、HL能力別の標準化指数とし、Kruskal Wallis 検定を用いて比較した。さらに、標準化指数の判定区分の群間の差を見るためにBonferroni法で調整した多重比較を行った。また、HL3領域におけるHL4能力を比較するために、標準化指数のMean、SDを算出した。

分析にあたり、65歳未満の回答者の調査票、HLS-EU-Q47の全47項目に無回答が多いもの、特定のHL領域に無回答の偏りがある調査票は除外した。

統計分析はIBM SPSS Statistic バージョン26.0 for Windows（IBM Corporation, Japan）を使用し、両側検定でp値が0.05未満で統計的に有意であるとみなした。

IV. 倫理的配慮

本研究は、著者所属の倫理委員会の承認を得て実施した（順看倫第2019-40号）。A市老人クラブ会長には、研究協力者に質問紙を配布するまでは調査協力の撤回は可能であり、撤回書の郵送、メール、電話で撤回できることを口頭で説明し、依頼書に記載した。対象者に対しては、文書にて、本研究の目的ならびに倫理的配慮について説明し、質問紙への返送をもって同意が得られたものとした。依頼文書に、匿名性および個人情報保護の保護、参加は自由意思であること、研究不参加による不利益はないこと、答えたくない質問には答え

なくて良いことを明記した。質問紙は各老人クラブの会長経由で配布したが、返送は返信用封筒を用いて研究者宛に各自で行うものとし、調査参加の強制力がかけられないように配慮した。

V. 結果

調査協力の得られた34のA市老人クラブ会長に、質問紙をクラブ毎に5～60部、合計561部を郵送し、381名から回答を得た（回収率67.9%）。そのうちHLS-EU-Q47の回答が不十分な5名を除き376名を有効とした（有効回答98.7%）。本論文では65歳未満の8名を除く368名を分析対象とした。

1. A市在住高齢者の特性

1) 対象者の特性（表1）

本研究の対象者は、女性188名（51.2%）、男性179名（48.8%）、平均年齢76.9歳（SD:5.6, 範囲:65-95歳）であった。後期高齢者が242名（65.8%）であった。最終学歴は高等学校133名（36.4%）、大学・大学院136名（37.3%）であった。世帯収入は200～399万円160名（46.4%）、400～599万円107名（31.0%）であった。

生活の満足度は「満足」「まあ満足」319名（86.7%）、主観的健康観は「健康」「まあ健康」260名（71.2%）、健康への関心が「ある」「まあある」358名（97.0%）であった。

表1 対象者の基本属性

n = 368

項目	n (%)
性別	
男	179 (48.8)
女	188 (51.2)
年齢(歳), Mean(SD), 範囲	76.9 (5.6) 65-95
年齢区分(歳)	
前期高齢者(65-74)	126 (34.2)
後期高齢者(≥75)	242 (65.8)
最終学歴	
中学校	31 (8.5)
高等学校	133 (36.4)
専門学校	27 (7.4)
短期大学	37 (10.1)
4年制大学	127 (34.8)
大学院	9 (2.5)
その他	1 (0.3)
世帯収入	
199万円未満	34 (9.9)
200-399万円	160 (46.4)
400-599万円	107 (31.0)
600-799万円	29 (8.4)
800万円以上	15 (4.3)
生活の満足度	
満足	75 (20.4)
まあ満足	244 (66.3)
どちらともいえない	40 (10.9)
やや不満	9 (2.4)
不満	0 (0)
主観的健康観	
健康	52 (14.2)
まあ健康	208 (57.0)
どちらともいえない	56 (15.3)
あまり健康ではない	44 (12.1)
健康ではない	5 (1.4)
健康への関心	
ある	227 (61.7)
まあある	131 (35.3)
どちらともいえない	10 (2.7)
あまりない	0 (0)
ない	1 (0.3)

表2 健康情報の入手方法

n = 368

	テレビ n (%)	ラジオ n (%)	インターネット n (%)	新聞 n (%)	雑誌・書籍 n (%)	市の広報誌 n (%)	友人・家族 n (%)	医師・専門家 n (%)
十分に入手している	55 (15.3)	16 (4.8)	53 (15.7)	66 (18.9)	30 (8.9)	50 (14.5)	41 (11.4)	74 (20.8)
まあ入手している	240 (66.7)	55 (16.5)	116 (34.4)	201 (57.4)	135 (39.9)	176 (51.0)	234 (65.2)	200 (56.3)
あまり入手していない	57 (15.8)	92 (27.6)	58 (17.2)	53 (15.1)	125 (37.0)	99 (28.7)	76 (21.2)	63 (17.7)
入手していない	8 (2.2)	170 (51.1)	110 (32.6)	30 (8.6)	48 (14.2)	20 (5.8)	8 (2.2)	18 (5.1)

2) 健康情報の入手方法 (表2)

健康情報の入手方法で「十分に入手している」「まあ入手している」の回答が最も多いのは、テレビ295名(82.0%)であり、次いで友人・家族275名(76.6%)、医師・専門家274名(77.1%)、新聞267名(76.3%)、市の広報誌226名(65.5%)、インターネット169名(50.1%)であった。ラジオは「入手していない」と回答した者が170名(51.1%)と最も多く、次いで、インターネット110名(32.6%)であった。

2. A市在住高齢者のHLの実態

1) HLS-EU-Q47の回答結果 (表3)

HLS-EU-Q47の項目で「難しい」と回答した者が多かったのは〈ヘルスケアHLの評価〉「11) 別の医師からセカンドオピニオンを得る必要があるかどうかを判断する(70.4%)」、「12) メディアから得た病気に関する情報が信頼できるかどうかを判断する(67.9%)」、「10) 治療法が複数ある時、それぞれの長所と短所を判断する(65.8%)」、〈疾病予防HLの評価〉「28) メディアから得た健康リスクの情報が信頼できるかどうかを判断する(62.2%)」であった。

「難しい」と回答した者が少なかったのは、〈疾病予防の理解〉「21) 喫煙、運動不足、お酒の飲み過ぎなどの生活習慣が健康に悪いと理解する(6.0%)」、「22) 予防接種が必要な理由を理解する(9.2%)」、〈ヘルスケアHLの活用〉「16) 医師や薬剤師の指示に従う(7.9%)」であった。

2) 総合HLとHL3領域およびHL4能力の標準化指数 (表4)

A市在住高齢者のHLをHLS-EU-Q47の標準化指数からみると、〈総合HL〉のMean(SD)は27.5(8.8)であり、判定基準では「やや不十分」に該当した。HL領域別では、〈ヘルスケアHL〉26.0(9.7)、〈疾病予防HL〉31.2(9.8)、〈ヘルスプロモーションHL〉25.6(10.2)と3領域すべてが「やや不十分」に該当した。3領域の中では〈疾病予防HL〉で「良好・十

分」が149名(40.5%)と、他の2領域よりも多かった。総合HLおよびHL3領域の判定基準別の比較では、いずれも $p < 0.001$ であり、統計学的有意差を認めた。

HL能力別のMean(SD)では、「入手HL」24.3(10.0)、「理解HL」31.2(9.3)、「評価HL」24.8(10.8)、「活用HL」30.5(8.7)で、「入手HL」と「評価HL」は「不十分」、「理解HL」と「活用HL」は「やや不十分」と判定された。4能力の中では「理解HL」で「良好・十分」が156名(42.3%)と、他の3能力よりも多かった。HL能力別の判定基準の比較では、いずれも $p < 0.001$ であり、統計学的有意差を認めた。Kruskal Wallis検定後の多重比較では、良好、十分、やや不十分、不十分のすべての群間で統計学的有意差を認めた($p < 0.05$)。

3) HL3領域におけるHL4能力の標準化指数 (表5)

HL3領域のうち、〈ヘルスケアHL〉と〈ヘルスプロモーションHL〉では「活用HL」標準化指数の平均値が最も高く、〈疾病予防HL〉では「理解HL」が最も高かった。一方、〈ヘルスケアHL〉と〈疾病予防HL〉では「評価HL」が最も低く、〈ヘルスプロモーションHL〉では「入手HL」が最も低かった。

VI. 考察

1. 都市在住高齢者のHLの特徴

1) A市在住高齢者の特性

対象者は老人クラブに所属している高齢者である。老人クラブは、地域を基盤とした高齢者の自主的な組織であり、活動の目的として生きがいや健康づくり(全国老人クラブ連合会, 2004)が挙げられていることから、老人クラブに所属する高齢者は、主観的健康観が高く、健康への関心が高い集団と考えられる。また、内閣府(2017)で実施された高齢者の主観的健康観では、約50%が「良い」「まあ良い」と回答しているが、本研究の対象者は7割を超えており、健康への関心、主観的健康観が高く、生活の満足度も高い集団であるといえる。

表3 A市在住高齢者のHLS-EU-Q47

n = 368

HLS領域	HLS能力	HLS-EU-Q47質問項目	とても簡単	やや簡単	やや難しい	とても難しい	わからない/ あてはまらない	難しい
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
ヘルスケア	入手	1) 気になる病気の症状に関する情報を見つけるのは	43 (11.7)	143 (39.1)	118 (32.2)	46 (12.6)	16 (4.4)	164 (44.6)
		2) 気になる病気の治療に関する情報を見つけるのは	39 (10.7)	125 (34.3)	144 (39.1)	43 (11.8)	13 (3.6)	187 (50.8)
		3) 急病時の対処方法を知るのは	30 (8.4)	100 (27.9)	156 (43.5)	59 (16.4)	14 (3.9)	215 (58.4)
		4) 病気になった時、専門家(医師、薬剤師、心理士など)に相談できるところを見つけるのは	52 (14.2)	153 (41.8)	110 (29.9)	44 (12.0)	7 (1.9)	154 (41.8)
	理解	5) 医師から言われたことを理解するのは	67 (18.3)	202 (55.2)	82 (22.4)	13 (3.6)	2 (0.5)	95 (25.8)
		6) 薬についている説明書を理解するのは	73 (19.9)	177 (48.4)	98 (26.8)	17 (4.6)	1 (0.3)	115 (31.3)
		7) 急病時に対処方法を理解するのは	34 (9.3)	103 (28.3)	162 (44.5)	51 (14.0)	14 (3.8)	213 (57.9)
		8) 処方された薬の服用方法について、医師や薬剤師の指示を理解するのは	116 (31.6)	193 (52.6)	51 (13.9)	6 (1.6)	1 (0.3)	57 (15.5)
	評価	9) 医師から得た情報がどのように自分に当てはまるかを判断するのは	58 (16.0)	157 (43.3)	123 (33.9)	20 (5.5)	5 (1.4)	143 (38.9)
		10) 治療法が複数ある時、それぞれの長所と短所を判断するのは	22 (6.0)	89 (24.3)	167 (45.6)	75 (20.5)	13 (3.6)	242 (65.8)
		11) 別の医師からセカンド・オピニオン(主治医以外の医師の意見)を得る必要があるかどうかを判断するのは	22 (6.0)	55 (15.1)	153 (41.9)	106 (29.0)	29 (7.9)	259 (70.4)
		12) メディア(テレビ、インターネット、その他のメディア)から得た病気に関する情報が信頼できるかどうかを判断するのは	24 (6.6)	73 (19.9)	172 (47.0)	78 (21.3)	19 (5.2)	250 (67.9)
活用	13) 自分の病気に関する意思決定をする際に、医師から得た情報を用いるのは	46 (12.7)	200 (55.4)	88 (24.4)	18 (5.0)	9 (2.5)	106 (28.8)	
	14) 薬の服用に関する指示に従うのは	126 (34.4)	195 (53.3)	40 (10.9)	4 (1.1)	1 (0.3)	44 (12.0)	
	15) 緊急時に救急車を呼ぶのは	125 (34.1)	133 (36.2)	76 (20.7)	20 (5.4)	13 (3.5)	96 (26.1)	
	16) 医師や薬剤師の指示に従うのは	137 (37.4)	198 (54.1)	28 (7.7)	1 (0.3)	2 (0.5)	29 (7.9)	
入手	17) 喫煙、運動不足、お酒の飲み過ぎなど不健康な生活習慣を改善する方法に関する情報を見つけるのは	96 (26.4)	182 (50.0)	55 (15.1)	10 (2.7)	21 (5.8)	65 (17.7)	
	18) ストレスや抑うつなどの心の健康問題への対処方法に関する情報を見つけるのは	44 (12.0)	120 (32.8)	140 (38.3)	46 (12.6)	16 (4.4)	186 (50.5)	
	19) 受けなくてはならない予防接種や検診(乳房検査、血糖検査、血圧)に関する情報を見つけるのは	101 (27.5)	193 (52.6)	61 (16.6)	7 (1.9)	5 (1.4)	68 (18.5)	
	20) 太りすぎ、高血圧、高コレステロールなどの予防法や対処法に関する情報を見つけるのは	75 (20.4)	191 (52.0)	76 (20.7)	17 (4.6)	8 (2.2)	93 (25.3)	
疾病予防	理解	21) 喫煙、運動不足、お酒の飲み過ぎなどの生活習慣が健康に悪いと理解するのは	185 (50.4)	153 (41.7)	18 (4.9)	4 (1.1)	7 (1.9)	22 (6.0)
		22) 予防接種が必要な理由を理解するのは	177 (48.1)	155 (42.1)	29 (7.9)	5 (1.4)	2 (0.5)	34 (9.2)
		23) 検診(乳房検査、血糖検査、血圧)が必要な理由を理解するのは	168 (45.7)	157 (42.7)	34 (9.2)	4 (1.1)	5 (1.4)	38 (10.3)
		24) 喫煙、運動不足、お酒の飲み過ぎなどは健康に悪いといわれているが、その信頼性を判断するのは	146 (39.8)	151 (41.1)	46 (12.5)	12 (3.3)	12 (3.3)	58 (15.8)
	評価	25) 検査のために、いつ受診すべきかを判断するのは	91 (24.9)	144 (39.3)	109 (29.8)	17 (4.6)	5 (1.4)	126 (34.2)
		26) どの予防接種が必要かを判断するのは	94 (25.9)	153 (42.1)	92 (25.3)	20 (5.5)	4 (1.1)	112 (30.4)
		27) 必要な検診(乳房検査、血糖検査、血圧)の種類を判断するのは	90 (24.7)	149 (40.9)	98 (26.9)	17 (4.7)	10 (2.7)	115 (31.3)
		28) メディア(テレビ、インターネット、その他のメディア)から得た健康リスク(危険性)の情報が信頼できるかどうかを判断するのは	29 (7.9)	93 (25.5)	170 (46.6)	59 (16.2)	14 (3.8)	229 (62.2)

HLS 領域	HLS 能力	HLS-EU-Q47質問項目	とても簡単	やや簡単	やや難しい	とても難しい	わからない/ あてはまらない	難しい
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
疾病 予防	活用	29) インフルエンザの予防接種を受けるべきかどうかを決めるのは	185 (50.3)	132 (35.9)	42 (11.4)	6 (1.6)	3 (0.8)	48 (13.0)
		30) 家族や友人のアドバイスをもとに、病気から身を守る方法を決めるのは	66 (18.1)	156 (42.9)	116 (31.9)	16 (4.4)	10 (2.7)	132 (35.9)
		31) メディア(新聞、ちらし、インターネット、その他のメディア)から得た情報をもとに、病気から身を守る方法を決めるのは	40 (11.0)	120 (33.0)	162 (44.5)	27 (7.4)	15 (4.1)	189 (51.4)
入手		32) 運動、健康食品、栄養などの健康的な活動に関する情報を見つけるのは	59 (16.3)	187 (51.7)	92 (25.4)	16 (4.4)	8 (2.2)	108 (29.3)
		33) 心を豊かにする活動(瞑想[座禅・ヨガ]、運動、ウォーキング、ピラティスなど)について知るのは	88 (24.1)	184 (50.4)	70 (19.2)	12 (3.3)	11 (3.0)	82 (22.3)
		34) より健康的な近隣環境にする方法(騒音や汚染を減らす、緑地やレジャー施設をつくるなど)に関する情報を見つけるのは	45 (12.3)	132 (36.0)	131 (35.7)	39 (10.6)	20 (5.4)	170 (46.2)
		35) 健康に影響を与える可能性のある政策の変化(法律制定、新しい検診、政権交代、医療改革など)について知るのは	25 (6.8)	92 (25.2)	160 (43.8)	64 (17.5)	24 (6.6)	224 (60.9)
		36) 職場の健康推進のための取り組みについて知るのは	33 (9.7)	90 (26.5)	65 (19.1)	13 (3.8)	139 (40.9)	78 (21.2)
		37) 健康に関する家族や友人のアドバイスを理解するのは	69 (18.9)	196 (53.6)	80 (21.9)	11 (3.0)	10 (2.7)	91 (24.7)
ヘルス プロモ ーション	理解	38) 食品パッケージに書かれている情報を理解するのは	59 (16.1)	156 (42.5)	118 (32.2)	27 (7.4)	7 (1.9)	145 (39.4)
		39) 健康になるためのメディア(インターネット、新聞、雑誌)情報を理解するのは	62 (16.9)	171 (46.7)	100 (27.3)	23 (6.3)	10 (2.7)	123 (33.3)
		40) 心の健康を維持する方法に関する情報を理解するのは	58 (15.9)	118 (32.3)	138 (37.8)	38 (10.4)	13 (3.6)	176 (47.8)
		41) 住んでいる場所(地域、近隣)がどのように健康と充実感に影響を与えているかを判断するのは	50 (13.6)	132 (35.9)	124 (33.7)	42 (11.4)	20 (5.4)	166 (45.1)
評価		42) 住宅環境が健康維持にどのように役立つかを判断するのは	59 (16.0)	142 (38.6)	119 (32.3)	25 (6.8)	23 (6.3)	144 (39.1)
		43) どの生活習慣(飲酒、食生活、運動など)が自分の健康に関係しているかを判断するのは	71 (19.4)	188 (51.4)	84 (23.0)	17 (4.6)	6 (1.6)	101 (27.4)
		44) 健康改善のための意思決定をするのは	73 (19.9)	154 (42.0)	112 (30.5)	23 (6.3)	5 (1.4)	135 (36.7)
活用		45) 参加したいときに、スポーツクラブや運動の教室に参加するのは	82 (22.3)	169 (45.9)	89 (24.2)	20 (5.4)	8 (2.2)	109 (29.6)
		46) 健康と充実感に影響を与えている生活環境(飲酒、食生活、運動など)を変えるのは	44 (12.0)	139 (37.9)	145 (39.5)	32 (8.7)	7 (1.9)	177 (48.1)
		47) 健康と充実感を向上させる地域活動に参加するのは	77 (20.9)	159 (43.2)	105 (28.5)	20 (5.4)	7 (1.9)	125 (34.0)

HL, Health Literacy: HLS-EU-Q47, European Health Literacy Survey Questionnaire: 1とても簡単、2やや簡単、3やや難しい、4とても難しい、5わからない/あてはまらない の5段階評価。「難しい」は3と4の合計。

2) 健康情報の入手方法の実態

入手方法としては、テレビが最も多いが、友人・家族、医師・専門家、新聞、市の広報誌、インターネットなど、複数の情報源から健康情報を得ていることは、情報の信頼性を高めるうえでも重要であると考えられる。対象者が所属する老人クラブにおいて、健康づくりや介護予防活動を学習、実践する中で、健康への関心が高まり、多様な情報源を活用し健康情報を入手している

ことが伺える。

高齢者の健康情報入手状況は金城ら(2017)の調査と同様の傾向であり、地方よりも都市の方がインターネットの普及は進んでいる。高齢者のインターネットの利用者は増加しており(総務省, 2018)、A市在住高齢者においても、約半数の者がインターネットから情報を入手していると回答している。今後、インターネットの利用者が高齢者層でさらに増えていくこと

表4 A市在住高齢者のHLS-EU-Q47標準化指数

n = 368

			n (%)	Mean (SD)	P-value*
総合HL標準化指数	全体			27.5 (8.8)	
	判定基準別	良好	20 (5.4)	47.4 (1.9)	< .001
		十分	67 (18.2)	36.7 (2.4)	
		やや不十分	140 (38.0)	28.8 (2.2)	
		不十分	141 (38.3)	19.1 (5.2)	
<hr/>					
HL領域別標準化指数 ヘルスケア	全体			26.0 (9.7)	
	判定基準別	良好	24 (6.5)	46.4 (2.8)	< .001
		十分	51 (13.9)	36.9 (3.1)	
		やや不十分	110 (29.9)	29.2 (2.1)	
		不十分	183 (49.7)	18.4 (5.6)	
<hr/>					
疾病予防	全体			31.2 (9.8)	
	判定基準別	良好	56 (15.2)	46.1 (2.7)	< .001
		十分	93 (25.3)	36.7 (2.5)	
		やや不十分	131 (35.6)	29.7 (2.0)	
		不十分	88 (23.9)	18.2 (6.1)	
<hr/>					
ヘルスプロモーション	全体			25.6 (10.2)	
	判定基準別	良好	22 (6.0)	47.5 (2.1)	< .001
		十分	58 (15.8)	36.3 (2.9)	
		やや不十分	106 (28.8)	28.8 (2.1)	
		不十分	182 (49.5)	17.6 (6.2)	
<hr/>					
HL能力別標準化指数 入手	全体			24.3 (10.0)	
	判定基準別	良好	20 (5.4)	45.9 (3.0)	< .001
		十分	45 (12.2)	36.6 (2.4)	
		やや不十分	104 (28.3)	28.5 (2.2)	
		不十分	199 (54.1)	17.2 (6.5)	
<hr/>					
理解	全体			31.2 (9.3)	
	判定基準別	良好	48 (13.0)	46.8 (2.8)	< .001
		十分	108 (29.3)	36.4 (2.5)	
		やや不十分	133 (36.1)	28.9 (2.3)	
		不十分	79 (21.5)	18.6 (5.5)	
<hr/>					
評価	全体			24.8 (10.8)	
	判定基準別	良好	26 (7.1)	46.6 (2.8)	< .001
		十分	46 (12.5)	37.0 (2.4)	
		やや不十分	90 (24.5)	29.0 (2.0)	
		不十分	206 (56.0)	17.6 (7.2)	
<hr/>					
活用	全体			30.5 (8.7)	
	判定基準別	良好	35 (9.5)	47.1 (2.6)	< .001
		十分	111 (30.2)	36.3 (2.7)	
		やや不十分	132 (35.9)	28.7 (2.2)	
		不十分	90 (24.5)	19.7 (4.8)	

HL, Health Literacy; HLS-EU-Q47, European Health Literacy Survey Questionnaire; SD, standard deviation
 標準化指数: $(\text{平均} - 1) \times (50 / 3)$ の公式で算出。0-25, 不十分; >25-33, やや不十分; >33-42, 十分; >42-50, 良好
 * Kruskal Wallis 検定により判定基準別のHLS-EU-Q47標準化指数を比較。Kruskal Wallis 検定後の多重比較はBonferroni
 法により調整し, 良好, 十分, やや不十分, 不十分のすべての群間で統計学的有意差を認めた ($p < 0.05$)。

表5 A市在住高齢者のHL領域とHL能力別のHLS-EU-Q47標準化指数

n = 368

HL能力 HL領域	入手 Mean (SD)	理解 Mean (SD)	評価 Mean (SD)	活用 Mean (SD)
ヘルスケア	22.8 (12.4)	29.3 (11.1)	19.2 (12.3)	33.4 (10.1)
疾病予防	29.4 (12.1)	39.0 (10.8)	28.9 (11.9)	30.0 (11.4)
ヘルスプロモーション	22.0 (12.1)	27.3 (12.1)	26.6 (13.5)	28.2 (11.3)

HL, Health Literacy; HLS-EU-Q47, European Health Literacy Survey Questionnaire; SD, standard deviation
 標準化指数: $(\text{平均} - 1) \times (50 / 3)$ の公式で算出。0-25, 不十分; >25-33, やや不十分; >33-42, 十分; >42-50, 良好

で、健康に関する情報を積極的に入手することが可能な環境が作られていくと考えられる。同時に、インターネット上での健康情報を検索し、内容を評価し、取得した健康情報を自分の健康問題の解決に向けて活用する能力、eヘルスリテラシー（光武 他, 2011）が重要になってくる。

しかしながら、インターネットから情報を入手していない者も約3割おり、活用に至っていない者がいることが予測され、健康情報を多層的に提供できる仕組みが望ましいと考える。

3) A市在住高齢者のHLの実態

A市在住高齢者の総合HLの標準化指数のMean (SD) は27.5 (8.8) 「やや不十分」と判定された。60代以上の対象者を含むHLS-EU-Q47を用いたHLの先行研究は3件（木村 他, 2018; Nakayama et al., 2015; Goto et al., 2018）あり、調査方法（60代の対象者数）は、順に鉄道会社員（30名）を対象とした郵送調査、リサーチ会社モニター（248名）を対象としたWeb調査、リサーチ会社モニター（174名）を対象とした郵送調査であった。各調査における60代対象者の〈総合HL〉のMean (SD) を比較すると、24.5 (7.5)（木村 他, 2018）、28.2 (8.8)（Nakayama et al., 2015）、30.69 (7.18)（Goto et al., 2018）であり、約±3の得点差はあるが、HLの判定基準からみるとともに「やや不十分」と評価された。これらの対象者は、なんらかの社会とのつながりを持ち、活動的な高齢者と考えられ、HLを高めている可能性もあるが、それでも〈総合HL〉は「やや不十分」と判定され、高齢者のHL向上に向けた介入の必要性が示唆された。

さらに、HL3領域の傾向をみると、A市在住高齢者は、〈疾病予防HL〉が最も高く、〈ヘルスケアHL〉、〈ヘルスプロモーションHL〉の順であった。この傾向は、木村ら（2018）、Goto et al. (2018)と同様であった。一方、Nakayama et al. (2015)の調査は、〈疾病予防HL〉が最も低かった。調査方法におけるインターネット利用の影響や集団の特徴を示している可能性を示唆しており（Nakayama et al., 2015）、HLの状況特異的な性質を示していると考えられる。

HLS-EU-Q47の質問項目の回答傾向をみると、〈ヘルスケアHLの評価〉〈疾病予防の評価〉に含まれる質問項目を「難しい」と答えている者が多かった。テレビやインターネットなどのメディアから得た健康情報が適切かどうか、「評価」するには、主体的に、複数の情報を比較検討したり、専門的な知識が求められる

ため、難しいと考えられる。

逆に、「難しい」と回答している者が少なかった〈疾病予防HLの理解〉は、日頃から、老人クラブの活動である健康講座や健康診断を受診し、情報を理解しやすい環境にあることが影響していると考えられる。

2. 都市在住高齢者のHLを促進するための課題

1) 都市在住高齢者のHLの課題

都市在住高齢者の総合HLは「やや不十分」であり、「入手HL」「評価HL」に課題があることが推察される。一般的な疾病予防に関する情報や健康を促進する情報は、マスメディアにおいて、定期的に特集が生まれ、情報が発信されている。多様な情報源から健康情報を入手している高齢者にとっては一般的な情報を見つけるのは難しくない。しかしながら、テレビや新聞などによるマスコミュニケーションは集団を対象としており、たくさんの情報の中から個人が特定の気になる症状や治療、遭遇する機会がない急変時の対処方法など、特定の状況について自ら情報を「入手」し、信頼性を「評価」することは難しいと考えられる。

2) 都市在住高齢者のHLを促進するための支援

Nakayama et al. (2015)は、HLの国際比較から日本人のHL得点が低いという結果を報告し、その背景について、日本の保健医療制度において、家庭医などによるプライマリヘルスケアシステムが十分機能できていないこと、市民向けの健康情報を収集したサイトが不足していること、健康教育を受ける機会が少ないことを挙げ、市民、患者向けにHLを身につけることを支援するサイト（中山, 2014）を立ち上げている。本調査では、高齢者のHLにおいて、特に「入手HL」「評価HL」に課題があることが明らかになった。自ら必要な情報にアクセスし入手するためには、健康や医療に関する情報を理解し、伝える能力が求められる。医師や専門家への質問の仕方やインターネットの活用方法などの教育が必要である。

また、インターネットの普及とともに、現在、小学生レベルから情報リテラシーの教育が行われているが、高齢者は疾患を有することも多く、今まさに、自己の健康に向けた情報リテラシーを高め、信頼できる情報を評価する方法について支援する必要がある。

高齢者は多様なライフスタイルや教育背景を持ち、さらに加齢変化により理解力や活動性は様々であり、個別性の高い成人学習者である。老人クラブは、地域高齢者の健康づくり、介護予防活動の場として重要な

地域コミュニティである。そこでは、健康に関する学習の機会や情報交換の機会が多く提供されている。しかしながら、参加する高齢者のHLには、差があることが予測される。また、高齢者が集団で自主的に活動する場であり、保健医療の専門職者が個々の高齢者と関わるには限界がある。このような環境の中で、高齢者のHLを促進するには、まず、高齢者自身が自己のHLを評価する必要がある。HLのプロセスの要素のどこが不足しているのかを把握することで、高齢者自身がその不足を補う方法を専門職の活用および支援を含めて、自ら検討できると考える。すなわち、高齢者の主体的な健康行動を促すことにつながる。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、対象が老人クラブに所属する比較的健康状態が良好であり、学歴も高い集団であるため、一般化するには限界がある。しかし、老人クラブで活動していることからHLが高いと予測される高齢者であっても、HLが「やや不十分」という結果がでたことから、さらに推測統計による分析を加える必要がある。HLS-EU-Q47は信頼性・妥当性が確保されているが、職場の健康増進のための取り組みなど、高齢者には該当しない項目も含まれる為、地域高齢者に特化した評価指標の開発が求められる。今後、高齢者がHLを活用する場やHLに求められる能力について、高齢者へのインタビューから質的に、HLの構成要素を明確にする必要がある。

VIII. 結論

A市在住高齢者の健康を管理するために必要な情報の入手方法は、テレビが最も多かったが、友人・家族、医師・専門家、新聞、市の広報誌、インターネットなど複数の情報源から入手していた。

総合HL標準化指数のMean(SD)は27.5(8.8)であり、総合HLは「やや不十分」と判定された。HLの3領域の傾向をみると、〈疾病予防HL〉が最も高く、〈ヘルスケアHL〉、〈ヘルスプロモーションHL〉の順であった。HLの能力別にみると「理解HL」が最も高く、「入手HL」、「評価HL」が低かった。対象である都市在住高齢者は健康への関心が高く、疾病予防に関する健康情報に多く触れているが、自ら必要な情報にアクセスし入手することやその情報の必要性や信頼性を評価することに課題があることが推察された。

謝辞

本研究にご協力いただきました老人クラブの皆様にご心より感謝申し上げます。

本研究は、2019年度順天堂大学医療看護学部共同研究費を受けて実施した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

- A市(2019). 住民基本台帳. Retrieved from <http://www.city.urayasu.lg.jp/shisei/toukei/jinko/1002267.html>. (May 4, 2021)
- Goto, E., Ishikawa, H., Nakayama, K., et al.(2018). Comprehensive Health Literacy and Health-Related Behaviors Within a General Japanese Population. Differences by Health Domains. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 30(8), 717-726. doi: 10.1177/1010539518806806
- Ishikawa, H., Nomura, K., Sato, M., et al.(2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy. a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, 23(3), 269-74.
- 木村宣哉, 小原健太郎, 秋林奈緒子, 他(2019). 日本の鉄道会社における包括的にヘルスリテラシーの実態と職場の健康診断・健康相談等に関する行動との関係. *産業衛生学雑誌*, 61(4), 123-132.
- 金城光, 石井国雄, 齊藤俊樹, 他(2017). 高齢者の医療・健康情報の入手状況と課題. *老年社会科学*, 39(1), 7-20.
- 厚生労働省(2013). 健康日本21(第二次)国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針. kenkouippon21_01.pdf (mhlw.go.jp). (May 4, 2021)
- Lindahl, B., Norberg, M., Johansson, H., et al.(2020). Health literacy is independently and inversely associated with carotid artery plaques and cardiovascular risk. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(2), 209-215. doi: 10.1177/2047487319882821
- 光武誠吾, 柴田愛, 石井香織, 他(2011). eHealth Literacy Scale (eHEALS)日本語版の開発. *日本公衆衛生雑誌*, 58(5), 361-371.

- 内閣府(2017). 平成29年度高齢者の健康に関する調査結果. Retrieved from <https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h29/zentai/index.html>. (May 4, 2021)
- 内閣府 (2018). 平成30年版高齢社会白書. Retrieved from https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/gaiyou/s1_2_2.html. (May 4, 2021)
- Nakayama, K., Osaka, W., Togari, T., et al. (2015). Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe, a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health*, 15, 505. doi:10.1186/s12889-015-1835-x
- 中山和弘(2014). 「健康を決める力Health literacy」. <https://www.healthliteracy.jp/> (May 4, 2021)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- 佐野望, 橋本恵子, 宮本みき, 他 (2018). 我が国の高齢者を対象としたヘルスリテラシーに関する研究動向の文献検討. *横浜創英大学研究論集*, 5, 27-33.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., et al. (2012). Health literacy and public health, a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- 総務省(2018). 「平成30年度情報通信白書」. Retrieved from <https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h30/pdf/n4200000.pdf>. (May 4, 2021)
- Suka, M., Odajima, T., Kasai, M., et al.(2013). The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environmental Health and Preventive Medicine.*, 18(5), 407-415.
- The European Health Literacy Project.(2012). Comparative report on health literacy in eight EU member states (First slightly extended and revised version). http://media.wix.com/ugd/76600e_81f8001e7ddc4df198e023c8473ac9f9.pdf (May 4, 2021)
- WHO (1998). Health promotion glossary. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64546> (May 4, 2021)
- 全国老人クラブ連合会(2004). Retrieved from <http://zenrouren.com/about/index.html>. (May 4, 2021)

Research Report

Abstract

Health Literacy and Related Factors of the Elderly in Urban Japan

The purpose of this study was to clarify the current situation of health literacy (HL) and related factors among the elderly living in urban Japan. Anonymous, self-administered questionnaires were distributed to members of seniors' clubs in an urban area in Japan. The survey contents included basic characteristics, sources of health information, and self-perceived health. In addition, participants were asked to complete the 47-item European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47 Japanese-language version).

Descriptive analysis was performed and compared according to three HL domains and four HL competencies after calculating the HL standardization index. Of the 561 questionnaires distributed, 381 responses were received; of these, 368 were included in the analysis. The participants' mean age was 76.9 years old (range, 65–95 years). Nearly all the participants (97.0%) answered that they were “very interested in health” or “somewhat interested in health.” Television was the most common source of health information, followed by friends and family, health care professionals, newspapers, community papers, and the Internet.

Regarding the HL standardization index, The mean (SD) total HL was 27.5 (8.8), which was considered “slightly insufficient.” In terms of competency, “understanding HL” was the highest, followed by “obtaining HL” and “evaluating HL.” The participants in this study were basically very interested in health, and it was likely that they had acquired HL through having many opportunities to see health information on disease prevention. However, it became clear that they had some difficulty accessing needed health information by themselves as well as evaluating the necessity and reliability of the information.

Key words : elderly, health information, health literacy, nursing

SHIMADA Hiromi, KAWAKAMI Kazumi, OKAMOTO Miyoko, NOZAKI Manami