

**日本ヘルスリテラシー学会雑誌
第1巻1号（創刊号）、2022年**

Health Literacy Vol. 1, No. 1, 2022

**特集：ヘルスリテラシー
～健康を決める力**

日本ヘルスリテラシー学会
Japanese Health Literacy Association

<http://HealthLiteracyAssociation.jp/>

日本ヘルスリテラシー学会誌 第1巻1号、2022（創刊号）

目次

日本ヘルスリテラシー学会の設立と同学会誌の発刊

木内貴弘、中山健夫、中山和弘、石川ひろの、奥原剛、杉森裕樹、孫大輔、安村誠司、八巻知香子、江口泰正、福田洋・・・・・・・・・・・・・・・・・・3

<特集> ヘルスリテラシー ～健康を決める力

特集号のご案内 ヘルスリテラシー ～健康を決める力-

木内貴弘・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6

ヘルスリテラシーとは何か

中山和弘・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7

ヘルスリテラシーを測る

石川ひろの・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14

Health Literacy Vol. 1, No.1, 2022 (The First Number)

Official Journal of the Japanese Health Literacy Association

Contents

Establishment of Japanese Health Literacy Association and Its Official Journal

Takahiro Kiuchi, Takeo Nakayama, Hirono Ishikawa, Tsuyoshi Okuhara, Kazuhiro Nakayama, Hiroki Sugimori, Daisuke Son, Seiji Yasumura, Chikako Yamaki, Yasumasa Eguchi, Hiroshi Fukuda3.....

Introduction of Special Issue: “Health Literacy—Determinant of Better Health”

Takahiro Kiuchi 6

What is health literacy?

Nakayama, Kazuhiro 7

Measuring Health Literacy

Hirono Ishikawa 14

総説 日本ヘルスリテラシー学会の設立と同学会誌の発刊 Establishment of Japanese Health Literacy Association and Its Official Journal

木内貴弘¹⁾、中山健夫²⁾、石川ひろの³⁾、奥原剛¹⁾、中山和弘⁴⁾、
杉森裕樹⁵⁾、孫大輔⁶⁾、安村誠司⁷⁾、八巻知香子⁸⁾、江口泰正⁹⁾、福田洋¹⁰⁾

Takahiro Kiuchi¹⁾, Takeo Nakayama²⁾, Hirono Ishikawa³⁾, Tsuyoshi Okuhara¹⁾, Kazuhiro Nakayama⁴⁾, Hiroki Sugimori⁵⁾, Daisuke Son⁶⁾, Seiji Yasumura⁷⁾, Chikako Yamaki⁸⁾, Yasumasa Eguchi⁹⁾, Hiroshi Fukuda¹⁰⁾

1)東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野、2)京都大学大学院医学研究科健康情報学、3)帝京大学大学院公衆衛生学研究科、4) 聖路加国際大学大学院看護学研究科、5)大東文化大学スポーツ・健康科学部看護学科、6)鳥取大学医学部地域医療学講座、7)福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座、8)国立がん研究センターがん対策研究所がん情報提供部、9) 産業医科大学産業保健学部、10)順天堂大学大学院医学研究科先端予防医学・健康情報学講座

1)Department of Health Communication, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, 2)Department of Health Informatics, Graduate School of Medicine, Kyoto University, 3)Teikyo University Graduate School of Public Health, 4) Graduate School of Nursing Science, St. Luke's International University, 5) Department of Nursing, Faculty of Sports and Health Science, Daito Bunka University, 6) Department of Community-based Family Medicine, Faculty of Medicine, Tottori University, 7)Department of Public Health, Fukushima Medical University School of Medicine, 8)Division of Cancer Information Service, Institute for Cancer Control, National Cancer Center, 9)School of Health Sciences, University of Occupational and Environmental Health, 10) Department of Advanced Preventive Medicine and Health Literacy, Graduate School of Medicine, Juntendo University

Abstract

Health literacy can be defined as the ability of patients and other people to locate accurate health information, understand and utilize it, and finally to incorporate it into appropriate health behavior. It has been established that individuals with high health literacy tend to adopt appropriate health behavior; accordingly, they are less vulnerable to disease, and disease is less serious even if they do suffer from one. Recently, health literacy has attracted considerable worldwide attention among health researchers, including those in Japan. There has been an international increase in the number of papers dealing with this subject; dedicated international academic societies and a dedicated journal, Health Literacy Research and Practice, have been established overseas. Consequently, the present authors established the Japanese Health Literacy Association (JHLA) in 2019 and launched its official journal (Health Literacy) in 2022. Health literacy and health communication are closely related; thus, JHLA has come to merge its headquarters with those of the Japanese Association of Health Communication (JAHC), and JHLA holds its academic meetings together with JAHC in the framework of Health Communication Week. We expect further developments in research related to health literacy in Japan as a result of the founding of JHLA.

要旨

ヘルスリテラシーとは、一般に、患者や市民が健康に関連する情報を探し出して、理解し、意思決定に活用して、適切な健康行動につなげる能力のことをいう。ヘルスリテラシーの高い人は、適切な健康行動をとりやすく、その結果、疾病にかかりにくく、かかっても重症化しにくいことが知られている。近年、ヘルスリテラシーが国際的に大きな注目を浴びている。ヘルスリテラシーを扱う論文が世界で急増しており、既に国際学会や英文専門雑誌 (Health Literacy Research and Practice) も設立されている。日本においても、ヘルスリテラシー関連の論文や学会発表が急激に増えており、関係者の関心も高まっている。このため、著者らは、2019年に日本ヘルスリテラシー学会を設立し、2022年に日本ヘルスリテラシー学会誌 (本誌) を創刊した。ヘルスリテラシーとヘルスコミュニケーションは、お互いに裏表となるような密接な関係があるため、日本ヘルスコミュニケーション学会と協議の上、同学会と学会事務局を共有し、学術集会もヘルスコミュニケーションウィークという枠組みで共同で開催することになった。日本ヘルスリテラシー学会の設立と同学会誌の創刊が、今後の日本のヘルスリテラシー研究の一層の発展の貢献していくことが期待される。このためにも国内のヘルスリテラシー研究者への参加の呼びかけが必要である。

キーワード：ヘルスリテラシー、ヘルスコミュニケーション、学会、学術集会、学術雑誌

Keywords: health literacy, health communication, academic society, academic meeting, academic journal

1. はじめに

ヘルスリテラシーとは、一般に、患者・市民が健康に関連する情報を探し出し、理解して、意思決定に活用し、適切な健康行動につなげる能力のことをいう[1]。ヘルスリテラシーの厳密な定義については多くの様々な議論があり、現時点で関係者の間でコンセンサスは得られていない[2]。ヘルスリテラシーは、医療者・患者間の対人コミュニケーション、マスコミ・インターネット等による健康医療のメディアコミュニケーション、ヘルスキャンペーン等を進めるにあたって、常に医療者が考慮すべき重要な要素であるが、ヘルスリテラシーをあまり考慮しないで、ヘルスコミュニケーションが試みられることもまだ多い。ヘルスリテラシーの高い人は、適切な健康行動をとりやすく、その結果、疾病にかかりにくく、かかっても重症化しにくいことが知られている[3]。介入によりヘルスリテラシーを向上させることができるかどうか、また介入によるヘルスリテラシー向上が実際の健康増進や疾病の予防・軽減に役立つかどうかについては、まだ十分なエビデンスはなく、今後の研究による解明が期待されている[4]。

2. 国際的に大きな注目を集めるヘルスリテラシー

近年、ヘルスリテラシーが国際的に大きな注目を集めており、ヘルスリテラシーを取り扱った英文論文が急激に増えてきている(図1)。こうした状況に関連して、米国及び欧州やアジアの主要国に、専らヘルスリテラシーを対象とした学会が設立されるようになってきており、世界全体をカバーする国際学会として、International Health Literacy Association(IHLA)が設立されている他、欧州地域の国際学会として Health Literacy Europa、そしてアジア地域の国際学会として Asian Health Literacy Association:(AHLA)が設立されている[5-7]。またヘルスリテラシーに関する英文専門雑誌 Health Literacy Research and Practice も 2017 年に創刊されている[8]。

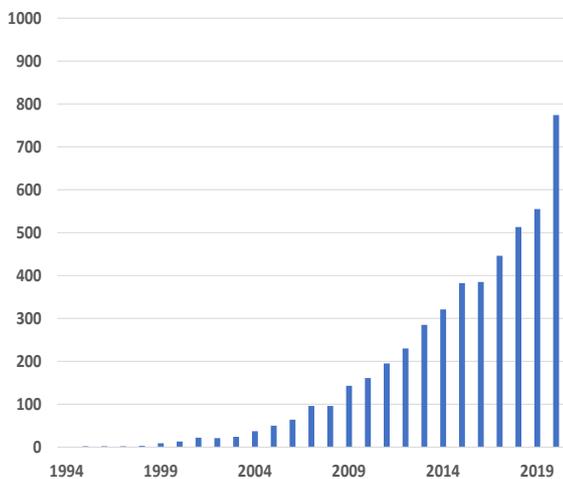


図1. PubMedで題名に"health literacy"を含む論文数

3. 日本における学会設立と学会誌の創刊

日本においても、近年、ヘルスリテラシーに関する研究活動が活発化している(図2)。またヘルスリテラシーを専ら対象として書籍も出版されるようになってきている[9-10]。しかしながら、ヘルスリテラシーは、臨床医学、公衆衛生学、薬学、看護学、栄養学、社会福祉学等の多岐の分野に渡って、縦割りで研究が行われており、研究者の横のつながりがあまりなかった。このような日本の状況に鑑みて、木内貴弘と中山健夫が打ち合わせを行い、石川ひろの、奥原剛、中山和弘の3名に働きかけて、2019年に日本ヘルスリテラシー学会を設立し、関連の研究者に参加の呼び掛けが行われた[1]。

ヘルスコミュニケーションを考えるときには、必ず相手のヘルスリテラシーを考慮しなければならない。逆にヘルスリテラシーを考えるときには、ヘルスコミュニケーションが行われることが暗黙の前提となる。(通常の意味での)ヘルスコミュニケーションは、勿論双方向だが、狭義には、ヘルスコミュニケーションという場合には医療者側(伝える側)からの視点、ヘルスリテラシーという場合には患者・市民(受け取る側)からの視点が(どちらかという)重視されていることが多いと思われる。また(通常の意味での)ヘルスリテラシーは、患者・市民の能力を指すが、医療者側がわかりやすく正確に患者・市民に伝える能力を「医療者のヘルスリテラシー」と呼ぶ立場もある[11]。この場合、医療者のヘルスリテラシーと通常の患者・市民のヘルスリテラシーを合わせたものが広義のヘルスリテラシーであるとも考えることも可能であり、この場合、通常のヘルスコミュニケーションと広義のヘルスリテラシーはほぼ同等と考えてよいと思われる。このようにヘルスリテラシーは、ヘルスコミュニケーションと表裏一体の関係にあると考えている(図3)。

以上のようなヘルスコミュニケーションとヘルスリテラシーの関係を踏まえて、日本ヘルスリテラシー学会は、日本ヘルスコミュニケーション学会と協議を行い、日本

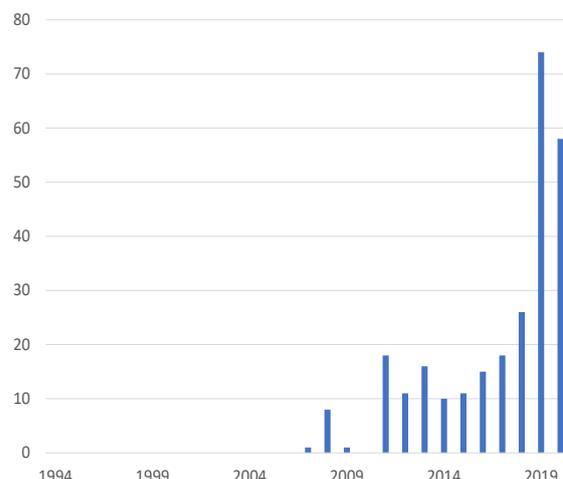


図2. 医学中央雑誌で題名に「ヘルスリテラシー」を含む論文数

【通常の】ヘルスコミュニケーション (≒【広義の】ヘルスリテラシー) (伝える側と受け取る側の両方の視点)	
【狭義の】ヘルスコミュニケーション (≒【医療者の】ヘルスリテラシー) (伝える側の視点を重視)	【通常の】ヘルスリテラシー (受け取る側の視点を重視)

図3. ヘルスコミュニケーションとヘルスリテラシー

ヘルスコミュニケーション学会の分科会として、事務局、会員管理システムを共有して運営を行うことになった。日本ヘルスコミュニケーション学会との合流後、杉森裕樹、孫大輔、安村誠司、八巻知香子、江口泰正、福田洋が運営委員として参加するようになった[1]。2022年度には、日本ヘルスコミュニケーション学関連学会機構が設立され、日本ヘルスリテラシー学会は、日本ヘルスコミュニケーション学会の分科会という形ではなく、同機構による共通の事務局・会員管理体制のもと、日本ヘルスコミュニケーション学会と対等の立場で運営が行われるようになった。

第1回日本ヘルスリテラシー学会学術集会は、ヘルスコミュニケーションウィーク (Health Communication Week=HCW) という枠組みで、第13回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会、第1回日本メディカルコミュニケーション学会学術集会と一緒に開催され、河口浩之教授を中心とする広島大学の先生のご尽力のもと大成功を収めた[12]。2022年度以降もヘルスコミュニケーションウィークという枠組みで、ヘルスコミュニケーション学関連の諸学会が共同で学術集会を開催する方針が決まっている。

本誌 (日本ヘルスリテラシー学会雑誌創刊号) は、第1回日本ヘルスリテラシー学会のシンポジウムの特集号となっており、シンポジウムの講演を総説論文として掲載している。詳細は、次ページ以降の「特集号のご案内」と掲載論文をご参照願いたい。

4. 考察

国内外におけるヘルスリテラシー研究の急速な発展と、海外におけるヘルスリテラシーを専門的な対象とする学会の設立が進む状況のもとで、ヘルスリテラシーを専門に取り扱う日本ヘルスリテラシー学会を設立し、その学会誌の発刊したことは、下記のような重要な意義を持つと考える。

- 1) 縦割りの学問領域の中で、お互いの交渉がなく、独立して研究を行ってきた国内のヘルスリテラシー研究者が、ヘルスリテラシーというキーワードのもとに集まれる場を提供できるようになったこと
- 2) 国際的なヘルスリテラシー研究の発展の中で、海外のヘルスリテラシーに関する学会コミュニティ活動や国際

共同研究に対応可能な国内の受け皿ができたこと

日本ヘルスリテラシー学会の設立とその学会誌の創刊が、今後の日本のヘルスリテラシー研究の一層の発展に大きく貢献していくことが期待される。またこのためにも国内のヘルスリテラシー研究者への幅広い参加の呼びかけが必要であると考えます。

利益相反自己申告

本論文に関して、申告すべき利益相反はない。

引用文献

- [1] 日本ヘルスリテラシー学会. 日本ヘルスリテラシー学会ホームページ. <http://plaza.umin.ac.jp/HealthLiteracy/> (2021年11月1日アクセス)
 - [2] Parker, R. M. and Ratzan, S. (2019) Re-enforce, Not Re-Define Health Literacy-Moving Forward with Health Literacy 2.0. *Journal of Health Communication*, 24, 923-925. 10.1080/10810730.2019.1691292.
 - [3] Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. PMID: 25009856.
 - [4] Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promot Int*. 2018 Oct 1;33(5):901-911. doi: 10.1093/heapro/dax015. PMID: 28369557.
 - [5] International Health Literacy Association (IHLA); 2021 [cited 2021 November 1]. Available from <https://i-hla.org/>
 - [6] Health Literacy Europa; 2021 [cited 2021 November 1]. Available from <https://www.healthliteracyeurope.net/>
 - [7] Asian Health Literacy Association (AHLA) ; 2021 [cited 2021 November 1]. Available from <https://www.ahla-asia.org/>
 - [8] Health Literacy Research and Practice; 2021 [cited 2021 November 1]. Available from <https://journals.healio.com/journal/hlrp>
 - [9] ドン ナットビーム, イローナ キックブッシュ (島内憲夫、大久保菜穂子、鈴木美奈子訳). ヘルスリテラシーとは何か? —21世紀のグローバル・チャレンジ (21世紀の健康戦略シリーズ) 2017、垣内出版
 - [10] 福田洋、江口泰正 (編). ヘルスリテラシー : 健康教育の新しいキーワード 2016、大修館書店
 - [11] Ancker, J. S., Grossman, L. V. and Benda, N. C. (2020) Health Literacy 2030: Is It Time to Redefine the Term? *Journal of General Internal Medicine*, 35, 2427-2430. 10.1007/s11606-019-05472-y.
 - [12] ヘルスコミュニケーションウィークホームページ. <http://healthcommunication.jp/hcw2021/> (2021年11月1日アクセス)
- *責任著者：木内貴弘、e-mail tak-kiuchi@umin.ac.**

特集のご案内 ヘルスリテラシー -健康を決める力- Introduction of Special Issue “Health Literacy -Determinant of Better Health”

木内貴弘
Takahiro Kiuchi

日本ヘルスリテラシー学会会長
第1回日本ヘルスリテラシー学会学術集会大会長
東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野
President of Japanese Health Literacy Association
Congress Chair of the First Annual Meeting of Health Literacy Association, Japan
Department of Health Communication, School of Public Health, The University of Tokyo

本特集号では、第1回日本ヘルスリテラシー学会学術集会のシンポジウム「ヘルスリテラシー -健康を決める力-」での2つの講演内容をもとに、各講演の演者の先生各々に総説を執筆していただいて、掲載しています。

日本ヘルスリテラシー学会の記念すべき第1回学術集会のシンポジウムを企画するにあたり、学会の運営委員が集まり、企画内容について充分に話し合いを行いました。その結果、第1回学術集会では、ヘルスリテラシーの個々のトピックを取り上げるのではなく、もっとも根本的な原点に立ち返って、ヘルスリテラシーとはそもそもどういうものなのかについてのシンポジウムを開催することに決まりました。

シンポジウムの演者ですが、まずヘルスリテラシーを長い間コアな研究分野とされている中山和弘先生に「ヘルスリテラシーとは何か」ということについて、ご講演をいただき、様々な学説等を踏まえながらヘルスリテラシーの概念の最新の状況についてお話いただくことにしました。次に国際的にも広く活用されているヘルスリテラシーの尺度を開発された石川ひろの先生に、「ヘルスリテラシーをどう測るか」という演題で、ヘルスリテラ

シーを測定するために開発された各種の測定法や測定の考え方についてご講演いただきました。

ヘルスリテラシーの概念（「ヘルスリテラシーとは何か」）と測定法（「ヘルスリテラシーをどう測るか」）は、互いに相補的で密接な関連があります。ヘルスリテラシーの概念を明確することは非常に重要ですが、たとえ概念が明確になっても、現実に実施可能な方法で測定できなければ実証的な研究には役に立ちません。このためにヘルスリテラシーの概念を検討する上で、その概念で定義されたヘルスリテラシーを実際的な方法で測定できるかどうかは重要な観点です。一方、ヘルスリテラシーの測定方法によって、ヘルスリテラシーの概念を規定することも可能です。例えば、心理学における知能測定でよくやられているように、「特定の方法で測定されたものをヘルスリテラシーと呼ぶ」というように、ヘルスリテラシーを操作的に定義することも可能です。

本特集掲載の2つの総説により、読者がヘルスリテラシーについてより深い認識を得られるものと信じています。

総説

ヘルスリテラシーとは何か

What is health literacy?

中山和弘

Nakayama, Kazuhiro

聖路加国際大学大学院看護学研究科

Graduate School of Nursing, St. Luke's International University

Abstract

Health literacy refers to the ability to access, understand, evaluate, and apply health and medical information to make appropriate decisions. It seeks to empower people so they may attain their innate potential. Health literacy can also serve as a powerful health promotion tool; it can be an agent of change in societies where citizens lack health information, face difficulties in making health decisions (even if they have the necessary information), or lack the appropriate environment or conditions to change their behavior.

Amid a global push to measure health literacy, there have been calls to treat it as a human right owing to the difficulties faced by many individuals related to health information and the resultant health disparities. In Japan, a nationwide survey was conducted using a scale developed in the European Union; the survey found that a high proportion of the respondents faced health literacy difficulties. Specifically, the survey identified large differences in terms of evaluation and utilization of health knowledge; even if respondents were able to understand health information, they still had difficulty in making judgments and decisions based on it. The reasons were as follows: lack of opportunity for learning to evaluate the reliability of health information and inability to make decisions by checking the sufficiency of options; determining the advantages and disadvantages of each option; and clarifying the values that determine which of these options is important.

Based on the premise of low health literacy, it is hoped that shared decision making (which is often discussed separately) will become more widespread; in that way, all individuals will be able to access reliable information and obtain support to make decisions that match their values. Therefore, it is necessary to identify the specific health literacy skills involved in the decision-making process and then develop and disseminate decision aids, i.e., tools that present the benefits and risks of all options in an easy-to-understand manner, to allow people to make healthcare choices with confidence.

要旨

ヘルスリテラシーとは、健康や医療の情報を「入手」「理解」「評価」「活用」して適切な意思決定ができる力である。この概念では、人が持つて生まれた潜在的な力を発揮できるためのエンパワメントが強調され、情報を知らされていない、知っていても選べない、行動を変えようにも環境や条件が整っていない場合に、社会を変化させるヘルスプロモーションのための力としても注目されている。

世界中でヘルスリテラシーの測定が行われ、それに困難がある人が多く、それが健康格差を生んでいるとして、人権問題としての取り組みの必要性が叫ばれている。日本においても、EUで開発された尺度による全国調査が行われ、ヘルスリテラシーに困難のある人の割合は高かった。とくに、4つの力のうち「評価」「活用」の項目で差が大きく、「理解」まではできたとしても、判断したり、意思決定するのが難しい状況がみられた。この背景には、情報の信頼性を評価する方法のみならず、意思決定において選択肢の十分さを確認し、各選択肢に必ずある長所と短所を知り、それらのうちどれが大事かの価値観を明確にして選ぶというプロセスを学ぶ機会に恵まれていないことが挙げられた。

ヘルスリテラシーの低さを前提として、誰もが信頼できる情報を得て価値観に合った意思決定できる支援が受けられる＝(別々に語られることが多い) シェアードディシジョンメイキングの普及が望まれる。そのため、意思決定プロセスに焦点をあてた具体的なヘルスリテラシーのスキルの明確化と、ディシジョンエイドすなわち選択肢のベネフィットとリスクをわかりやすく提供し納得して選べるよう支援するツールの開発と普及が必要である。

キーワード：ヘルスリテラシー、ヘルスプロモーション、意思決定、シェアードディシジョンメイキング、ディシジョンエイド

Keywords : health literacy, health promotion, decision making, shared decision making, decision aids

本稿は 2021 年 10 月 2 日にオンライン開催された第 1 回日本ヘルスリテラシー学会学術集会のシンポジウムでの講演内容をまとめたものである。

1. ヘルスリテラシーとは

そもそもリテラシーとは“letter”＝「文字」を由来とし、読み書き能力、識字である。OECD の国際成人力調査 (PIAAC、2013) では、リテラシーを「社会に参加し、自らの目標を達成し、自らの知識と潜在能力を発展させるため」の能力としている。これは人間の尊厳であり、誰もが持つべき権利すなわち人権である。

そのため、ヘルスリテラシーの概念を広めたナットビームは、リテラシーのなかでも、とくに「批判的リテラシー」が重要であるとした (Nutbeam, 2000)。それは、ブラジルの教育学者フレイレによる「批判的意識化」からきている。フレイレは、「沈黙の文化」という、ブラジルの貧しい農村の人々が支配者によって抑圧され、文字を知らされず、否定的な自己像を植え付けられ、沈黙している文化を発見した。その解決方法として生み出された「批判的意識化」は、人々が「沈黙の文化」の存在を意識し、自分たちが置かれている状況を客観的に自覚して、それを主体的に変えていくことである。それは、エンパワーメントと呼ばれ、個人や集団が、不利な状況下におかれても、本来備わっている力を十分発揮できるように、環境を変える力を身に付けるという意味で用いられている。

「沈黙の文化」は、ブラジルの農村だけにあるわけでない。エンパワーメントが求められているところはどこにでも存在する。読み書きは達者でも、健康や医療の情報をきちんと知らされていない、知っていても行動に移せない、環境や条件が整っていないなどの理由で、沈黙している人々はいないだろうか。日本でも決して少なくはないように思える。

そして、ナットビームは、機能的リテラシーのような読み書きのスキルだけに留めるのは狭義のヘルスリテラシーであるとして、さらに「相互作用のヘルスリテラシー」と「批判的ヘルスリテラシー」を提唱した (Nutbeam, 2000)。

「相互作用のヘルスリテラシー」は周囲がサポートティブな場合に、その中でうまく立ち回れる能力で、知識に基づいて自立して行動したり、もらったアドバイスに基づいて意欲や自信を向上させられるものである。そして、「批判的ヘルスリテラシー」は周囲が必ずしもサポートティブでない場合の能力である。先述した「批判的リテラシー」を踏まえたもので、エンパワーメントである。例えば、糖尿病と診断されて食事療法を始めるとして、家庭や職場がサポートティブでない場合、働きかけて家庭や職場での状況を変える力である。それは、個人の利益だけでなく集団の利益に結び付くもので、個人の能力だけでなく、コミュニティや集団の能力である。ヘルスプロモーションは、人々の参加によって人々自身の手によって、行われるものである。

その後、欧州 8 か国のヘルスリテラシーの調査プロジェクト (HLS-EU) が立ち上がり、ヘルスリテラシーの定義のシステムティックレビューが行われた (Sorensen et al., 2012)。それによる定義は、「健康情報を入手し、理解し、評価し、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」である。ここで、注目しなければならないのは、情報を得て意思決定することである。意思決定とは問題解決行動であり、情報とは、問題解決のための選択肢を知り、それぞれの長所と短所を示したものである。その情報を得てから活用するまでのプロセスを「入手」「理解」「評価」「活用」という 4 つの能力にまとめている。「評価」とは、健康情報の信頼性や自分に当てはまるかを判断できることである。「活用」はレビューの内容を確認すると意思決定することであり、それをよりわかりやすくするため「意思決定」として表したものが図 1 である。



図 1 ヘルスリテラシーのプロセス

2. ヘルスリテラシーの測定と日本の状況

ヘルスリテラシーは、評価し測定できるようにしているところが特徴的である。その測定については、すでに米国を中心として、健康関連用語が理解できる能力である機能的ヘルスリテラシーの測定が多くなされてきている。しかし、その概念がカバーする範囲が次第に拡大してきて、より多次元で包括的な尺度が求められるようになった。そのような尺度があれば、社会的状況や教育による差や、国・コミュニティ・グループによる違いなどを明らかにできる。また、QOL の指標と同様に、健康課題別の尺度が多く開発されている。

現在では 200 以上の尺度があり、それらを集めたデータベースであるヘルスリテラシーツールシェッド (Health literacy tool shed) が米国国立医学図書館 (NLM) とボストン大学によって作成されている (シェッドとは倉庫の意味である)。

これらヘルスリテラシーの尺度と健康アウトカムとの関連の研究が進み、ヘルスリテラシーの低さの健康への影響は表 1 のようなものが挙げられる。

これらは、ヘルスリテラシーの低さにより、情報の理解ができず、コミュニケーションもとれないことで、新しい知識が身に付かない、言われたことに対して肯定的な態度をとれない、自信が

表1 ヘルスリテラシーの低さの健康への影響

<ul style="list-style-type: none"> ・ 病気、治療、薬などの知識が少ない ・ ラベルやメッセージが読み取れない ・ 医学的な問題の最初の兆候に気づきにくい ・ 予防サービス（マンモグラフィ、インフルエンザ予防接種など）を利用しない ・ 長期間または慢性的な病気を管理しにくい ・ 保健医療専門職に自分の心配を伝えにくい ・ 慢性の病気のために入院しやすい ・ 救急サービスを利用しやすい ・ 職場でケガをしやすい ・ 死亡率が高い ・ 医療費が高くなる
--

持てない、行動を変えられないことなどで生じていると考えられている。どのようなコミュニケーションをとれば、これらを予防できるかを含めて、その因果関係をより明確にしていくことが必要である。

世界では、全国規模のヘルスリテラシーの測定も進められてきている。米国の2003年の全国調査では、機能的ヘルスリテラシーの測定が行われ、一般の文書にある医学用語の意味を明確に理解できる人は12%であり、基礎レベル以下の人が36%であると報告された。2008年には、オーストラリアでも、60%の人が必要なヘルスリテラシーを持っていないとされた。

また、2012年には、欧州8か国の調査（HLS-EU）が行われた。そこでは、ヘルスリテラシーに困難があり自身の健康管理や意思決定が難しいという人の割合は、全体で47.6%を占め、最も少ない国はオランダで28.7%、最も多い国はブルガリアで62.1%と報告された（Sorensen et al., 2013）。ヘルスリテラシーが低い人たちは決して少数派ではなく、国内外で生じている健康格差の要因であることが浮き彫りになってきている。

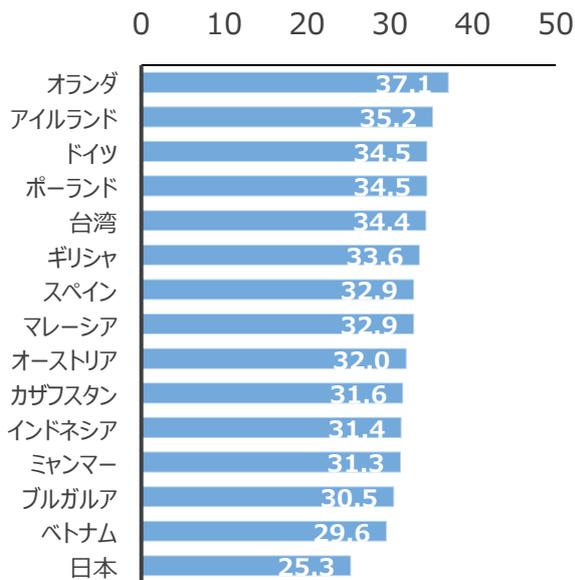


図2 国・地域別のヘルスリテラシーの平均点

とくに、HLS-EUは、従来の尺度とは異なり、日常生活の健康に関わる多様な状況で、情報を手に入れて意思決定する行動の困難度を測った包括的な尺度（HLS-EU-Q47）を用いたものであった。日本での状況を知るためのHLS-EU-Q47の日本語版を用いた全国20-69歳の男女1054名を対象としたWeb調査では、ヘルスリテラシーに困難がある人の割合は85%ほどで、EU8か国よりも高い結果となっていた（Nakayama et al., 2015）。台湾など同アジア6か国での全国調査（Duong et al., 2017）では、EUに近い結果になっていて、ヘルスリテラシーの国別の平均点（50点満点）を比較すると日本のヘルスリテラシーはアジアの中でも低い状況にあった（図2）。

HLS-EUでは、「入手」「理解」「評価」「意思決定」の能力を測っている。日本では、そのプロセスにおいて、理解まではできても、とくに判断したり意思決定したりすることが難しい傾向であった。

ここで注意しなくてはならないのは、HLS-EU-Q47で測っているヘルスリテラシーは、個人の能力だけでなく、医療、地域、行政、メディアなどの社会や環境のありかたを表していることである。個人と環境の相互作用によるもので、能力が低くても環境が整っていればより健康な選択肢を選びやすいことに注意が必要である。

欧州の調査では、ヘルスリテラシーが高い国はオランダであった。そこには、地域看護師が起業して急速に広がり、いまや世界的な成功事例とみなされる在宅ケアの組織ビュートゾルフがある。創業者によると、その根底には「自分の人生のなかで起きるいろいろなことについて自分で判断して決定できれば、自分の人生に自ら影響を与えられるし、より幸せな人生を送ることができる」という信念があるという。『世界価値観調査』などの世界各国の幸福感の調査によれば、人生の選択の自由度が高い国ほど幸福感が高い傾向にある。オランダが人生の選択の自由度とともに幸福感も世界の上位なのに対し、日本の幸福感は先進国では低めで、人生の選択の自由度は最低ランクである（『世界価値観調査』[2017-2020]では、83の国・地域中81位）。意思決定できることが幸せにつながるということである。さらに、オランダでは、学校教育の段階から、建設的に議論して意思決定する習慣を学ぶことがあげられ、やはり意思決定できることを重視していることがわかる。日本の新しい学習指導要領では、ようやく思考力と判断力を重視し始めたところで、それまでは知識の修得が中心であった。理解まではできても、判断や意思決定が難しいことにも納得がいく状況である。

また、健康情報の入手では、インターネットを含めた情報の入手先の問題が指摘できる。米国の国立医学図書館（NLM）によって市民向けの健康情報を豊富に収集したサイト、メドラインプラス（MedlinePlus）のようなわかりやすく信頼できる公的サイトが不足している。オランダでは英語が堪能な人は多く、こ

これらのサイトの利用も多い。さらに、日本人は国際的に見ると新聞・雑誌やテレビなどを信頼する割合が突出していて、むしろそれらより1次情報が得られやすいインターネットへの信頼度は低いという調査結果がある。情報を選択肢の比較による意思決定に用いるというより、正しい選択肢、正しい答えを教わろうとするように見える。

3. 情報の評価と意思決定のスキルと意思決定支援

では、ヘルスリテラシーにおいて、とくに日本人で難しいという傾向が見られた情報を評価し意思決定できるスキルとはどのようなものであろうか。情報の評価については、たとえエビデンスに基づいた情報だとしても、選択肢が不足していたり、中立的でなく、ある選択肢の長所を暗に示していることもある。

そこでまず、情報の信頼性を確認する必要がある。世界の多くの大学図書館のウェブサイトでは、古くから情報資源やウェブサイトの評価方法が公開されている。これらの中には、情報源の品質を判断するためのテストやガイドラインが含まれている。それらの重要なポイントをまとめると、次のように主に5つの基準がある。それは、権威性（専門性）、範囲（関連性）、正確性（信頼性）、客観性（目的）、最新性である。聖路加国際大学ヘルスリテラシー学習拠点プロジェクトでは、それらの内容を「書いたのは誰か」「違う情報と比べたか」などとわかりやすくし、覚えやすく頭文字で『い・な・か・も・ち』とする方法が考えられている（菱沼ら, 2015）。これは順序を入れ替えて以下に示すように『か・ち・も・な・い』として「情報は5つを確認しないと『価値もない』」と覚える方法もある。

- 1) か：書いたのは誰か＝権威性（専門性）：著者や情報提供者の身元・資格や専門分野における高度な知識や研究能力が明確である
- 2) ち：違う情報と比べたか＝範囲（関連性）：情報が知りたいことをどの程度カバーしているか、範囲が広いのか専門的なのか、他の情報とどう違うのかである。これを判断するには、その情報だけで判断するのではなく、他の情報と比較して違いを明らかにする
- 3) も：元ネタ（根拠）は何か＝正確性（信頼性）：情報の信頼性が高いかどうか、他の情報源で検証できるかどうか、元の情報源が何であるかが明確であるかどうか、十分な証拠が含まれているかどうかである
- 4) な：何のための情報か＝客観性（目的）：情報に偏りがいいのか、なぜその情報が提供されているのか、広告や商業目的のために偏った情報になっていないかである
- 5) い：いつの情報か？＝最新性：情報源の正確さは、その情報がいつ作成されたか、どのくらいの頻度で更新されているかである

次に、そのような信頼できる情報に基づいて意思決定のスキルはどのようなものであろうか。よりよい意思決定のためには、選べる選択肢を明確にして、選択肢の長所と短所を比較検討して決めるというプロセスを経ることが必要である。そのプロセスは、医療者と患者が意思決定のために協働するシェアードディシジョンメイキング（shared decision making）の研究や実践に不可欠になっている。シェアードディシジョンメイキングの定義についてのシステムティックレビューによると、その必須要素は選択肢の提示と長所と短所についての話し合いと患者の価値観／プリファレンス（preference）である（Makoul & Clayman, 2006）。それは、EBM（evidence-based medicine）においては、エビデンスだけでなく患者の価値観とプリファレンスが重要な役割を果たしてきているのと同じである。さらに、意思決定の支援の理論であるOttawa Decision Support Frameworkでは、意思決定の質を高めるには、選択肢の長所と短所で、最も重要なものは何かと言う価値観に基づく選択が必要であるとしている（Hoefel et al., 2020）。このように、質の高い情報に基づいて効果的な意思決定をするには、選択肢、長所、短所、価値観の4つを明確にして評価するプロセスを経るスキルが必要であることを意味する。

また、シェアードディシジョンメイキングを効果的に行う手段として、欧米では、1990年代からパンフレットやウェブで意思決定を支援する「意思決定ガイド（英語ではディシジョンエイド）」が開発されている。検査や予防接種、治療やケアを選ぶために、数多くのガイドが作成されている。選択肢と長所・短所（例えば、効果や副作用の確率）を一覧表にして比較し、自分にとって何が重要かを考える決め方になっている。

これを利用する目的は、十分に情報を得た上で自分の価値観と一致したものを選ぶことである。例えば、情報の提供方法が意思決定に影響を与えること（フレーミング効果）に無頓着な医療者が、手術を決める前に「生存率90%」または「死亡率10%」のどちらかだけを知らせたらどうであろう。利用する情報源や担当した専門家によって、知らぬ間に選ぶものに偏りが出ていたら市民中心でも患者中心でもない。選んだ結果に不満があれば後悔したりするものであるが、決め方を知らずに後悔すると二重の後悔になる可能性がある。

日本で利用できるガイドは極めて少ない状況である。そのため、選択肢や長所・短所が空欄で、何にでも使える「オタワ意思決定ガイド」が役に立つ（表2）（Ottawa Hospital Research Institute, 2020）。

選択肢に何があり、それぞれの長所と短所についてエビデンスを中心としてすべてを埋めて、何を重視するのか星を付けるようになっている。全部大事だと五つ星にすると選べない。価値観を英語ではVALUESといい、価値を意味するVALUEの複数形で表現される。いくつもの価値がある中で何が最も大事かである。心から納得できる意思決定のためには、さまざまな価値を

表2 オタワ意思決定ガイドの選択肢の一覧表 (一部改変)

選択肢	長所	重要性	短所	重要性
選択肢1	・ ・	☆☆☆☆☆ ☆☆☆☆☆	・ ・	☆☆☆☆☆ ☆☆☆☆☆
選択肢2	・ ・	☆☆☆☆☆ ☆☆☆☆☆	・ ・	☆☆☆☆☆ ☆☆☆☆☆
選択肢3	・ ・	☆☆☆☆☆ ☆☆☆☆☆	・ ・	☆☆☆☆☆ ☆☆☆☆☆

知り、何を優先したいのか日ごろから考えておく必要がある。意思決定ガイドは、そのような価値観を「見える化」する作業なので、納得しやすくなる。これは情報に基づく決め方を学ぶツールにもなると考えられる。現在、一般の消費者が、家電やパソコンをはじめあらゆる商品やサービスを選ぶ際に、サイトなどでこのような一覧表で比較して選べるのが一般的になっている。健康や医療のことも、同様に選べるのが求められているともいえる。

しかし、世界で多く開発されたガイドの中には、フレーミング効果などに無頓着で情報が偏っているものが散見されるようになり、国際的な基準 (IPDAS) が作成された (International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration, 2019)。多くある基準の中には、各選択肢のポジティブな特徴、ネガティブな特徴の両方を記し、細部まで同等に示すことが含まれている。例えば生存率と死亡率なら、両方を示さなければならぬ。「生存率90%」を極大に、「死亡率10%」を極小に表記するのは許されず、まったく同じフォントにする必要がある。光が強ければ影も濃いともいわれる。両方を知り意思決定することが重要である。

4. ヘルスリテラシーに対する海外での取り組み

ヘルスリテラシーについては欧米やアジアなど世界各国で取り組みがあるが、米国は国内の健康格差が埋まらない要因として注目し、2010年にヘルスリテラシー向上のための国民活動計画 (National Action Plan to Improve Health Literacy) を作成した。そこでは、2大原則として、誰もが情報を得た意思決定に役に立つ健康情報にアクセスできる権利を持つこと、ヘルスサービスは健康、長寿、QOLに効果的なようにわかりやすく提供されなければならないことが挙げられている。

米国では専門家からの情報提供は、今やインターネットが中心的な役割を占めるようになり、多くの情報が国の専門機関から提供されている。健康関連キーワードで検索すると国立衛生研究所 (NIH) 関連のサイトが確実に上位にヒットする。かつては、信頼できないサイトが多く、そのようなサイトを駆逐する

ためにも、政府が優れたサイトを作成している。上述したように、メドラインプラスを作成、公開している。ヘルスリテラシーが低くても活用可能になっていて、医学用語の理解のしかた、健康情報の評価のしかた、健康アプリの検索、自分が欲しい健康情報メール配信の登録など充実したサイトである。

米国では、子供のころからのヘルスリテラシーの育成を目指して、すでに1995年には、全国健康教育基準が作られている。学校の保健教育を未就学児から12年生 (高校3年生) まで発達段階に応じたヘルスリテラシーを身につけるためのものである。8つの基準が設定されていて、1つの柱として、意思決定のスキルがあることが特徴的である。

WHO (世界保健機関) の欧州事務局は、2013年にヘルスリテラシーのエビデンスを集めたレポート「ヘルスリテラシー：確かな事実 (Health literacy: The solid facts)」を発表している (Kickbusch et al., 2013)。そこでは、ヘルスリテラシーのガイドラインの作成を通して、よりよいコミュニケーションを保証すること、ヘルスリテラシーフレンドリーな場をつくること、地域・国・国際的なレベルでヘルスリテラシーの政策をつくることなどが挙げられている。これらによって、家庭、コミュニティ、職場、ヘルスケア、教育、商業界、そして伝統的なメディアとソーシャルメディアなどの場において、人々が日々健康的な意思決定ができるように協力しあうことを求めている。

また、WHOは、健康の社会的決定要因の委員会を作り、2008年に最終報告書を出版した (CDSH, 2008)。そこでは、社会が健康を決めていることを知ることもヘルスリテラシーであるとした。これは批判的ヘルスリテラシーと同じである。社会が、わかりやすく決定要因を説明できなくてはならないし、それが理解できているか、そのために行動できているかを、みんなでチェックしあってその向上に努めることを提案している。

今や、国際的に、ヘルスリテラシーのある医療者になることを目指し、健康教育やヘルスプロモーション活動のアウトカムをヘルスリテラシーとしている。日本でも、これらの動向から学び、すぐにでも動き出す必要があるのではないだろうか。

ヘルスリテラシーはソーシャルキャピタル (社会関係資本) の重要な要素であるともいわれる (Kickbusch et al., 2013)。人と人との信頼やつながりを意味するソーシャルキャピタルは、ヘルスリテラシーの向上のために互いに信頼しあって協力するような文化や風土でもある。ソーシャルキャピタルを築き上げることが、自分たちの健康で充実した生活につながることを実感し、共に喜べる機会をつくり出すことが重要である。

5. まとめ

最後に、ヘルスリテラシーとは何かという問いに対する答えを提示しようと思う。それは、信頼できる情報 (「か・ち・も・な・

い」で確認)で、選べる選択肢とそれぞれの長所と短所を知り、自分の価値観をもとに幅広い人々(家庭、コミュニティ、職場、ヘルスケア、教育、商業界、メディア、ソーシャルメディア、政治)とつながりながら、健康と幸せを決める力であると言える。

引用文献

CDSH. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.*

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

Duong T V., Aringazina A, Baisunova G, et al. (2017). Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *Journal of Epidemiology*, 27(2).

<https://doi.org/10.1016/j.je.2016.09.005>

菱沼典子ら (2015). ヘルスリテラシー講座. 聖路加国際大学. <https://car.luke.ac.jp/HLproject-1/course.html>

Hoefel L, O' Connor AM, Lewis KB, et al. (2020). 20th Anniversary Update of the Ottawa Decision Support Framework Part 1: A Systematic Review of the Decisional Needs of People Making Health or Social Decisions. In *Medical Decision Making* (Vol. 40, Issue 5, pp. 555-581). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/0272989X20936209>

International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration. (2019). *IPDAS*. <http://ipdas.ohri.ca/>
Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, et al. (2013). *Health literacy: The solid facts*. <http://www.euro.who.int/pubrequest>

Makoul G, & Clayman ML. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 60(3), 301-312. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.06.010>

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*. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1835-x>

Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Ottawa Hospital Research Institute. (2020). *Ottawa Personal Decision Guides*.

<https://decisionaid.ohri.ca/decguide.html>

Sorensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In *BMC Public Health* (Vol. 12, Issue 1, p. 80). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, et al. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(1), 948. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>

研究資金

本稿の内容は次の研究助成金を受けて進めた研究の成果を含む: JSPS 基盤研究 (B) ヘルスリテラシー不足の患者・家族・市民を発見・支援する看護学習コンテンツ開発 (23390497)、JSPS 基盤研究 (B) ヘルスリテラシーとストレス対処力の形成により生涯学び成長する介入モデルの開発 (16H05569)、JSPS 基盤研究 (B) 日本人に不足するヘルスリテラシーを前提から支える意思決定スキル学習コンテンツ開発 (20H03967)

利益相反申告

なし

責任著者 Corresponding author: e-mail

nakayama@slcn.ac.jp

総説

ヘルスリテラシーを測る Measuring Health Literacy

石川ひろの
Hirono Ishikawa

帝京大学大学院公衆衛生学研究科
Teikyo University Graduate school of Public Health

Abstract

Along with the evolving definition of health literacy, there have been various discussions about measuring such literacy, including measurement methods, content, and domains; many assessment tools have been developed. A simple scale comprising few items has been developed to screen patients with inadequate health literacy in clinical settings; however, more comprehensive, multi-item scales have also been formulated to assess the whole concept of health literacy based on its theoretical framework. In terms of measurement approaches, some tools are based on objective assessment of the skills in performing a task; there is also subjective assessment of the difficulty or confidence in performing a task. Health literacy is deeply embedded in an individual's context and environment. The required skills and level of health literacy (i.e., evaluated content) vary according to age, health problems, health-care system, and social environment. Thus, health literacy has to be measured by considering the context of the study subjects, and it needs to be based on a universally accepted definition and framework. Such measurements should contribute to interventions toward improving health literacy problems.

要旨

ヘルスリテラシーの定義とともに、その評価の方法や内容、領域についてもさまざまな議論があり、多くのツールが開発されてきた。臨床場面でヘルスリテラシーの不十分な患者を“スクリーニング”することを目的とした、簡便で項目数の少ない尺度が作成される一方、ヘルスリテラシーの概念全体をその理論的枠組みに基づいて“測定”することを目的とした、より包括的で、多項目から成る尺度もある。測定のアプローチも、スキルを客観的に評価するものから、そのタスクを行う困難や自信を自己評価としてとらえるものまで様々である。さらに、その測定を複雑にしているのは、ヘルスリテラシーがその個人の置かれている状況や文脈と切り離せないものであるという点である。必要とされるヘルスリテラシーの能力やスキル(=評価の対象とすべき内容)は、その人の年齢や抱えている健康問題、社会的状況、保健医療制度や環境によっても大きく影響を受ける。普遍的な概念の枠組みに基づきながら、対象者の文脈にあった評価を行っていくことが今後も必要であろう。また、そうしたヘルスリテラシーの測定は、ヘルスリテラシーに関する問題の改善に向けた取り組みにつながるものであることが期待される。

キーワード：ヘルスリテラシー、評価ツール、測定、概念的フレームワーク

Keywords: health literacy, assessment tools, measurement, theoretical framework

1. はじめに

米国の健康施策である Health People では、ヘルスコミュニケーション領域において、「コミュニケーション方略と情報技術を活用して、集団の健康と医療の質を向上させ、健康の公平を実現すること」を掲げられてきた。そのための具体的な目標の1つとして挙げられてきたのが、ヘルスリテラシーの向上である。

ヘルスリテラシーは、教育を通して改善が可能であり、測定可能な健康教育の成果であるとされている(1)。その実証的根拠を蓄積していくためには、ヘルスリテラシーを測定して現状を把握し、教育介入のための方策を立案し、その効果を評価していくことが求められる。すなわち、ヘルスリテラシーの向上を目指すには、ヘルスリテ

ラシーの現状と変化を量的に把握するための評価ツールが不可欠である。

体重や血圧、血糖値などとは違い、ヘルスリテラシーは直接目で見たり、物理的に測定したりすることはできない。このような目に見えない概念を“測る”ためには、その定義自体が重要な基準とされる。ヘルスリテラシーの概念は、文字通り、健康(health)に関連した読み書き能力(literacy)という意味からしだいに進化し、より広く健康や医療に関する情報を採し、理解し、活用する力を意味するようになってきた。そのような定義の変化とともに、その評価の方法や内容、領域などについても多くの検討が行われ、数多くの評価ツールが開発されてきた。本稿では、第1回日本ヘルスリテラシー学会学術集

会のシンポジウム「ヘルスリテラシー —健康を決める力—」における報告と議論を共有する。これを通じて、どのような場合に、どのような評価方法でヘルスリテラシーを測ることが適切なのかを考えるための視点を整理するとともに、これまで日本で使用されてきたものを中心にヘルスリテラシーの評価ツールを紹介する。

2. 何のために測るのか

評価の目的によって、どのような評価ツールが望ましいかは異なる。たとえば、臨床場面において、ヘルスリテラシーの不十分な患者を特定するための“スクリーニング手段”として使用することを目的にするなら、できるだけ項目数が少なく、感度・特異度が高い評価ツールが優れていることになる。また、短い時間で回答できる簡便なものでなければならない。このタイプの評価ツールは、ヘルスリテラシーが低い患者を特定し、情報やコミュニケーションの仕方を合わせたり、教育を実施したりすることが目的とされるため、得点そのものよりも、何点以下が不十分なヘルスリテラシーであるのかを示すカットオフ値が重視されることが多い。このような意図で開発されたツールとしては、Health Literacy Screening Questions (2)や Single Item Literacy Screener (SILS) (3)などがある。また、TOFHLA (4)や REALM (5)の短縮版や、Newest Vital Sign (NVS) (6)もそのように用いられることが多かった。

一方、より公衆衛生学的な視点からは、ヘルスリテラシーの概念全体をとらえることを目的として、その定義や理論的枠組みに基づき、含めるべき領域や内容を検討したより包括的な尺度も多く開発されてきた。これらのツールでは、カットオフ値よりも得点そのものが使用されることが多い。また、より包括的にヘルスリテラシーの概念を測定しようとする、評価すべき項目数は多くなりがちである。European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) (7) や Health Literacy Questionnaire (HLQ) (8)などがそうである。項目数が多くなると評価に要する時間も長くなり、実際の使用場面が限定されるという難しさもある。

3. 評価のアプローチ

個人のヘルスリテラシーを測ろうとする場合、大きく分けて、テスト形式で客観的に評価する方法と、自己報告により主観的に評価する方法がとられてきた。

客観的な評価は、個人の能力やスキルを直接テストする形式で、あるタスクや問題に対して1つの正解を問うタイプの評価方法である。穴埋め式の問題で読解力と数量的思考を評価する TOFHLA や、単語の認識と発音を問う REALM、栄養成分表示の読み取りを問う NVS などは、主にこの形式である。能力を客観的にとらえることができる一方、具体的な問題に対する解答を得る形になるため、比較的狭い領域での限定したスキルをとらえた指標になることが多い。また実施の際、対象者からテスト形

式に対する拒否感を示されることもある。

これに対して、自己報告式の評価は、あるスキルや能力を要する課題について、本人ができると思うか、しているか、困難を感じるかなど個人の自己評価を尋ねる形のものである。自己評価による測定の限界としてしばしば指摘されるのが、評価が本人の主観に基づくものであり、必ずしも実際の能力を表していない可能性がある点である。一方で、その人が生活している環境において、その課題を実行することの難しさを主観的に評価させることで、その課題の実行に関わる環境の影響も含めて評価することができる側面もある。たとえば、HLS-EU-Q47では、さまざまな健康関連課題の主観的な扱いやすさを評価しており、個人だけでなく、その健康関連課題が行われる背景となる環境についても考慮している(7,9)。すなわち、「薬についている説明書を理解するのは」「簡単」か「難しい」かを主観的に評価する場合、本人自身の理解力だけでなく、薬の説明書がどの程度分かりやすく書かれているかも反映されていると考えられるからである。

4. 評価の対象・文脈

ヘルスリテラシーはその個人の置かれている状況や文脈と切り離せないものである。たとえば、青少年と高齢者、インターネットが普及していなかった数十年前と現在の社会では、健康の維持増進に必要な情報の種類やアクセスの仕方も異なる。評価の対象とすべき内容、すなわち必要とされるヘルスリテラシーの能力やスキルは、その人の年齢や抱えている健康問題、社会的な状況によっても変わるものであり、保健医療制度や保健医療従事者側のコミュニケーションスキルなど個人を取り巻く環境によっても大きく影響を受ける。ヘルスリテラシーの評価は、普遍的な概念の枠組みに基づきながら、対象者の文脈に沿って行っていくことが必要であるとされる。このため、概念の枠組みは普遍的であるものの、特定の集団、健康問題、コミュニケーションのメディア等に焦点を絞ったものなど、特定の文脈に合わせ、さまざまな評価ツールが開発されてきた。

ヘルスリテラシーを評価するツールを集めたサイトとして、Health Literacy Tool Shedがある(図1)。

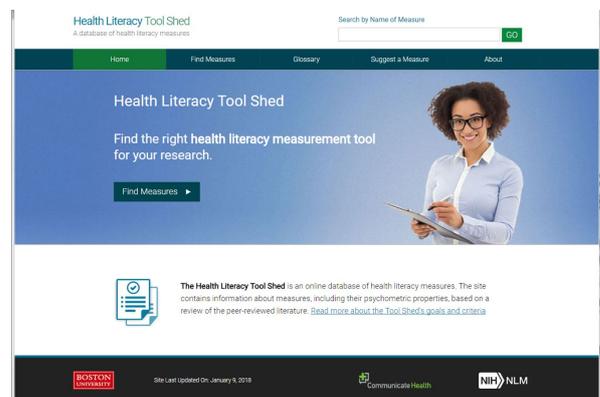


図1 Health Literacy Tool Shed

(<https://healthliteracy.bu.edu/>)

ここでは、測定されているヘルスリテラシーの領域（理解、評価、情報収集、ニュメラシーなど）、特定の健康問題の文脈（がん、糖尿病、口腔衛生など）、項目数、測定にかかる時間、評価方法（客観式、自己報告式）言語、開発研究での対象年齢や実施方法などによって検索することができる。対象者の文脈に即してヘルスリテラシーを評価することによって、その対象や文脈におけるヘルスリテラシーに関する課題を具体的に明らかにし、その改善に向けた取り組みにつなげることができると期待される。

5. 評価ツールの例

ヘルスリテラシーを評価するツールは、上記のサイトなどに数多く収録されているが、日本で開発されたり日本語版が作成されたりして、国内で使用されてきた尺度については、『ヘルスリテラシー：健康教育の新しいキーワード』にも掲載されている(10)。以下に、日本語でよく使用されてきたものを中心に、タイプの異なるツールをいくつか紹介する。

● 客観的評価のツール

Newest Vital Sign 日本語版 (NVS-J) (11)は、NVS を日本語訳して作成されたものである。アイスクリームの栄養成分表示を見て、読解力や解釈力、計算力を問う6つの質問に回答するテスト形式の尺度である。正解の数が0-1の場合、ヘルスリテラシーが不十分であると解釈される。

● 1項目のスクリーニングツール

ヘルスリテラシー・スクリーニング項目(12)は、Chewら(13)が、ヘルスリテラシーの低い患者を簡便にスクリーニングするために開発した **Health Literacy Screening Questions** のうちの1項目に基づいて作成された。「病院や医院等の医療機関でのいろいろな書類を記入する場合に困難がありますか」に対し、5件法で回答を得て、3以上を不十分なヘルスリテラシーと分類する。Tokudaらの調査では、社会経済的な属性等を制御してもなお、不十分なヘルスリテラシーが、身体的・精神的健康状態に関連していることが報告されている(12)。

● Nutbeam のモデルに基づくツール

Functional, Communicative and Critical Health Literacy (FCCHL) 尺度(14)は、慢性疾患をもつ患者向けに日本語で開発された尺度である。Nutbeamによるヘルスリテラシーの3つのレベル（機能的・基礎的ヘルスリテラシー、伝達の・相互作用のヘルスリテラシー、批判的ヘルスリテラシー）のモデルに基づいて作成されている。機能的ヘルスリテラシー（「読めない漢字や知らない言葉がある」など5項目）、伝達のヘルスリテラシー（「いろいろなところから知識や情報を集めた」など5項目）、批判的ヘルスリテラシー（「見聞きした知識や情報が正しいかどうか聞いたり、調べたりした」など4項目）の計14項

目で構成される。糖尿病をもつ患者を対象に開発された尺度であるが、心疾患、がんなど他の疾患を持つ患者、特定の健康上の心配事（健康診断で高血糖を指摘された、がん検診についてなど）を持つ対象者に対しても疾患名を入れ替えて使用されている。

Communicative and Critical Health Literacy 尺度 (CCHL) (15)は、FCCHL 尺度をもとに、特定の疾患を想定せず、一般市民を対象に、機能的ヘルスリテラシーより高次のヘルスリテラシーを評価するために使える尺度として開発された。伝達のヘルスリテラシー（「たくさんある情報の中から、自分の求める情報を選び出せる」など3項目）、批判的ヘルスリテラシー（「情報がどの程度信頼できるかを判断できる」など2項目）であるが、5項目全体で尺度得点を算出している。ある程度の機能的リテラシーがある対象者を想定し、主に自記式質問紙の形で実施されてきた。

● Soresnsen らのモデルに基づくツール

HLS-EU-Q47 日本語版 (16)は、**The European Health Literacy Survey (HLS-EU)**で開発され使用された **HLS-EU-Q47 (7)**の日本語訳として作成された。HLS-EU-Q47は、図5-1で示した統合モデルに基づき、ヘルスケア、疾病予防、ヘルスプロモーションの3つの領域にわたる、健康医療情報の入手、理解、評価、活用4つの能力を評価する47項目からなる尺度である。ヨーロッパ8か国での国際比較調査(17)、アジア地域での国際比較調査(18)も実施されている。また、16項目（HLS-EU-Q16）、12項目（HLS-Q12、HL-SF12）の短縮版の検討が日本語版でも行われている(19)。

● オンライン情報に焦点を当てたツール

インターネット、ソーシャルメディアの発達とともに、ヘルスコミュニケーションにおいても、オンラインの健康医療情報の増大とその影響力が注目されてきた。**eHealth Literacy Scale 日本語版(J-eHEALS) (20)**は、インターネット上の健康情報を有効に活用するために、適切に健康情報を検索し、評価し、活用していく能力（eヘルスリテラシー）を測定するための尺度として開発された **eHealth Literacy Scale (eHEALS) (21)**の日本語訳として作成された。8項目について5件法で回答し、合計得点を算出して尺度得点とする。

また、eヘルスリテラシーを測定する尺度としては、その後 **Digital Health Literacy Instrument (DHLI)** も開発されている(22)。eHEALS が主に情報収集に焦点を当てた尺度であるのに対し、DHLIは、Web1.0から2.0への変化に対応し、情報収集だけでなく、インターネット上での相互作用にも焦点を当てた尺度となっている。

6. ヘルスリテラシーの相互作用性

図2に示されるように、ヘルスリテラシーによるコミュニケーション上の問題は、「情報の受け手のスキル・

能力)だけではなく、「提供される情報の複雑さ(ヘルスリテラシー要求度)」との関係で生じるとされてきた(23)。すなわち、情報の受け手のスキルが多少低くても、必要な情報が分かりやすく提供されれば、ヘルスリテラシーによるコミュニケーション上の問題は起こりにくい。逆に、情報が、受け手のスキルを超えて、複雑で分かりにくい時に、問題が生じることになる。その意味で、どこからが「不十分」なヘルスリテラシーであり、どの程度あれば「十分」なのかということも、個人が置かれた環境によって異なると考えられる。

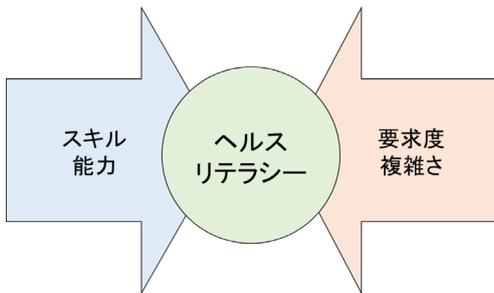


図2 ヘルスリテラシーのフレームワーク (文献(23)より著者訳)

前出の HLS-EU-Q47 と CCHL を同時に使用して本人と、その人が健康に関して一番相談する家族のヘルスリテラシーを測定した研究では、2つの尺度で測定されたヘルスリテラシーは、もちろん正の相関を示したものの、相関係数は本人で 0.43、家族で 0.59 であり、それほど高くはなかった(24)。一方、本人と家族との間のヘルスリテラシーの相関は、HLS-EU-Q47 で測定した場合には 0.49 であったのに対し、CCHL で測定した場合には 0.25 であった。HLS-EU-Q47 と CCHL は、いずれもあるスキルや能力を要する課題について、本人ができると思うか、困難を感じるかといった自己評価をさせる尺度だが、CCHL がどちらかというと「もし必要になったら、病気や健康に関連した情報を自分自身で探したり利用したりすることができると思うか」と本人自身の能力に焦点を当てて尋ねているのに対して、HLS-EU-Q47 は「～することがあなたにとって簡単か難しいか」という、それを実行する際の環境や周囲の影響を含めて測定している(7)ことによる可能性がある。本人と相談相手の家族は近い環境の中にいることが想定されるため、HLS-EU-Q47 によって測定されたヘルスリテラシーは、CCHL によるものと比べて本人と家族との間により強い相関がみられたのかもしれない。

また、新型コロナウイルス感染症に関連して、インフォデミックなどヘルスコミュニケーション上の問題が多く指摘された 2020 年から 2021 年にかけて、ヘルスリテラシーが低下していることが示唆された。これは、個人の能力が低下したというよりは、新型コロナウイルス感染症に伴い、個人を取り巻く環境が変化したことによって、適切な情報を探し、理解し、活用することがより困

難な状況に置かれたことが影響している可能性がある(25)。ヘルスリテラシーの評価は、こうした社会や環境の変化との相互作用も考慮していく必要があるだろう。

7. ヘルスリテラシーの向上に向けて

このような測定ツールを用いた多くの研究によって、不十分なヘルスリテラシーにつながる要因や不十分なヘルスリテラシーがもつ影響が明らかにされてきたことを受け、ヘルスリテラシーを改善するための介入の実施・評価も少しずつ行われてきた。The Calgary charter on health literacy では、ヘルスリテラシーは、保健医療の利用者、提供者、システム全ての問題であるとして、それぞれにおける改善が必要であるとしている(26)。図3に示されるように、患者・市民に、情報を探し、理解し、評価し、伝え、活用することのできるスキルがあることが求められる一方で、情報を提供する医療者、専門家側は、人々の理解を向上させ、情報に基づいて行動することができるように情報を提供できるようにすることが求められる。また、平等で、簡単で、恥ずかしい思いをさせずにアクセスできる保健医療サービスを提供できるシステムも重要である。

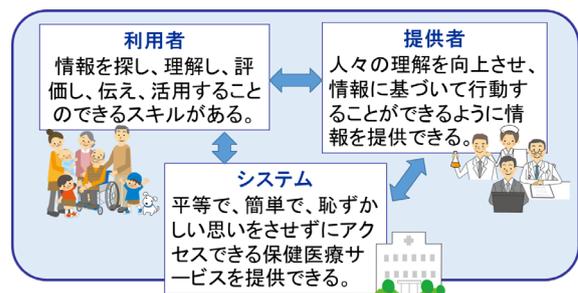


図3 ヘルスリテラシーの改善に向けた取り組み

ヘルスリテラシーに配慮した保健医療専門職側のコミュニケーションのスキルとして、米国では早くから、Health Literacy Universal Precautions Toolkit (27)、Health literacy and patient safety: Help patients understand: Manual for clinicians(28)などが示されてきた。これらに基づき、患者や家族への説明の際に注意すべきコミュニケーションのポイントも挙げられてきた(29)。

ヘルスリテラシーを保健医療専門職の教育の中に位置づける動きもある。保健医療専門職がもつべきヘルスリテラシーのコンピテンシーについて、米国、欧州でコンセンサスを形成する研究が行われ、各コンピテンシーの優先順位についても検討されてきた(30-32)。医療者や医学生を対象として、ヘルスリテラシーに配慮したコミュニケーションスキルに関するトレーニングも行われており、知識や行動意図の向上(33, 34)、模擬患者による評価の向上などは確認されている反面(35)、効果の持続には継続的な教育が必要であることが指摘されている(33, 34)。

一方、日本においては、近年の在日外国人の増加を背景に、医療においても、相手に合わせて分かりやすく伝える「やさしい日本語」の使用を広める動きがある(36)。医療通訳は言語の問題を解決するために重要な手段ではあるが、全ての医療機関で常に手配できるわけではない。

「1文を短くする」「語尾を明瞭にして文章を区切る」「漢語よりも和語を使う」「カタカナの外来語を使わない」などのコツは、外国人に限らず、ヘルスリテラシーの低い患者にも有効であると考えられる。ヘルスリテラシーに配慮したコミュニケーションのポイントとして挙げられてきたスキルと重なる部分も多く、ヘルスリテラシーによる問題を解決するための医療者側のスキルとしても今後重要になる可能性がある(37)。

組織レベルでは、ヘルスリテラシーに対する意識の高い医療機関 (Health Literate Organization) についての議論も行われてきた(38, 39)。その評価を行うための尺度 (The health literate health care organization 10 item questionnaire: HLHO-10) も作成されており、「ヘルスリテラシーに関するリーダーシップが示されているか」「様々なメディアを利用した情報提供がされているか」「職員のヘルスリテラシーに関する教育を行っているか」などが評価される。この評価が高いほど、その病院を受診した患者による情報の適切さの評価が高かったことが示されている(40)。また、医療機関以外についても、Health Literate Businessesとして、「経営側が健康とヘルスリテラシーを優先する」「企業理念や価値に健康を統合させる戦略的選択」「アドオンではなく組み込まれた健康関連プログラムの実施」「ヘルスリテラシーを評価指標に含め、活動を体系的で持続可能なものにする」などが要件として、議論されてきた(41)。

日本では、特に職域においてヘルスリテラシーへの着目が進んできた。従業員の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に取り組んでいる法人を「健康経営優良法人」として認定する制度 (経済産業省) において、認定基準の一つに「ヘルスリテラシーの向上」が組み込まれたこともあり、従業員のヘルスリテラシー向上に努める会社や保険者が増えている。健康診断などの機会を通じた従業員のヘルスリテラシー評価、社内での研修会の実施、企業内で発行される健康情報発信のためのさまざまな媒体の工夫、経営層や労働組合を巻き込んだヘルスプロモーション活動など、組織としての取り組みが行われてきている(10)。

8. まとめ

ヘルスリテラシーを測定することによって、不十分なヘルスリテラシーにつながる要因を明らかにし、それがさまざまな健康行動やアウトカムに与える影響をより詳細に分析することが可能になる。これは、ヘルスリテラシーの改善にむけた介入を実施するための基盤となる。

ヘルスリテラシーの測定においては、目的や対象、場面に合った適切な評価を行うこと、普遍的な概念の枠組

みに基づきつつ、対象者の文脈に沿ったヘルスリテラシーの能力やスキル (=評価の対象とすべき内容)、程度を評価することが重要である。また、主観的評価と客観的評価、面接調査と自記式調査、オンライン調査など、それぞれの方法の強みと限界を理解した上で、用いていく必要がある。

さらに、“Health literacy occurs when a society provides accurate health information and services that people can easily find, understand, and use to inform their decisions and actions” (42) (ヘルスリテラシーは、人々が情報に基づいた意思決定や行動をとれるよう、見つけやすく、理解しやすく、使いやすい正確な健康情報とサービスを社会が提供するときに生じる) ととらえようとする議論もされてきた。ヘルスリテラシーの相互作用的側面を意識した評価や分析も重要である。

これまでのヘルスリテラシーの実証研究によって、すでにヘルスリテラシーが、さまざまな健康アウトカムと関連すること、属性等による格差が生じていることが指摘されてきた。現状把握と分析にとどまらず、実証的根拠に基づく教育介入の実施と評価、実証された教育介入の普及実装について、今後さらに取り組んでいく必要がある。

研究資金

本論文は、JSPS 科研費 JP20245123 の助成を受けた研究成果の内容を含む。

利益相反自己申告

本論文に関して、申告すべき利益相反はない。

引用文献

1. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259-67.
2. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med.* 2004;36(8):588-94.
3. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The Single Item Literacy Screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Fam Pract.* 2006;7:21.
4. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med.* 1995;10(10):537-41.
5. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med.* 1993;25(6):391-5.
6. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM,

- DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*. 2005;3(6):514-22.
7. Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013;13:948.
8. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13:658.
9. Gerich J, Moosbrugger R. Subjective Estimation of Health Literacy-What Is Measured by the HLS-EU Scale and How Is It Linked to Empowerment? *Health Commun*. 2018;33(3):254-63.
10. 福田洋, 江口泰正. ヘルスリテラシー: 健康教育の新しいキーワード: 大修館書店; 2016.
11. Kogure T, Sumitani M, Suka M, Ishikawa H, Odajima T, Igarashi A, et al. Validity and reliability of the Japanese version of the Newest Vital Sign: a preliminary study. *PLoS One*. 2014;9(4):e94582.
12. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Educ Couns*. 2009;75(3):411-7.
13. Chew LD, Griffin JM, Partin MR, Noorbaloochi S, Grill JP, Snyder A, et al. Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *J Gen Intern Med*. 2008;23(5):561-6.
14. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*. 2008;31(5):874-9.
15. Ishikawa H, Nomura K, Sato M, Yano E. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promot Int*. 2008;23(3):269-74.
16. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, 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.
17. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8.
18. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah, Pham TV, Pham KM, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol*. 2017;27(2):80-6.
19. Maie A, Kanekuni S, Yonekura Y, Nakayama K, Sakai R. Evaluating short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47) for health checkups. *Health Evaluation and Promotion*. 2021;advpub.
20. 光武誠吾, 柴田愛, 石井香織, 岡崎勘造, 岡浩一朗. eHealth Literacy Scale(eHEALS)日本語版の開発. 日本公衆衛生雑誌. 2011;58(5):361-71.
21. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res*. 2006;8(4):e27.
22. van der Vaart R, Drossaert C. Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. *J Med Internet Res*. 2017;19(1):e27.
23. Parker R. Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? In: Hernandez LM, editor. *Measures of Health Literacy: Workshop Summary*. Washington D.C.: National Academies Press; 2009. p. 91-8.
24. Ishikawa H, Kiuchi T. Association of Health Literacy Levels Between Family Members. *Front Public Health*. 2019;7(169):169.
25. Ishikawa H, Kato M, Kiuchi T. Declines in health literacy and health-related quality of life during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study of the Japanese general population. *BMC Public Health*. 2021;21(1):2180.
26. Coleman C, Kurtz-Rossi S, McKinney J, Pleasant A, Rootman I, Shohet L. The Calgary charter on health literacy: Rationale and core principles for the development of health literacy curricula2010.
27. Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Weiss BD, DeWalt DA, Brach C, et al. *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Second Edition*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
28. Weiss BD. Health literacy and patient safety: Help patients understand: Manual for clinicians. (Second edition): American Medical Association Foundation; 2007.
29. 石川ひろの. 保健医療専門職のためのヘルスコミュニケーション学入門: 大修館書店; 2020.
30. Coleman CA, Hudson S, Maine LL. Health literacy practices and educational competencies for health professionals: a consensus study. *J Health Commun*. 2013;18 Suppl 1:82-102.
31. Karuranga S, Sorensen K, Coleman C, Mahmud AJ. Health Literacy Competencies for European Health Care Personnel. *Health Lit Res Pract*. 2017;1(4):e247-e56.
32. Coleman C, Hudson S, Pederson B. Prioritized Health Literacy and Clear Communication Practices For Health Care Professionals. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*. 2017;1(3):e91-e9.
33. Coleman CA, Peterson-Perry S, Bumsted T. Long-Term Effects of a Health Literacy Curriculum for Medical Students. *Fam Med*. 2016;48(1):49-53.
34. Coleman CA, Fromer A. A health literacy training intervention for physicians and other health professionals. *Fam Med*. 2015;47(5):388-92.

35. Marion GS, Hairston JM, Davis SW, Kirk JK. Using Standardized Patient Assessments to Evaluate a Health Literacy Curriculum. *Fam Med.* 2018;50(1):52-7.
36. 武田裕子, 岩田一成, 新居みどり. 医療現場の外国人対応英語だけじゃない「やさしい日本語」: 南山堂; 2021.
37. 武田裕子, 石川ひろの, 新居みどり, 岩田一成. 外国人診療に役立つ「やさしい日本語」: 医療における協働を可能にするコミュニケーション. *医学教育.* 2020;51(6):655-62.
38. Brach C KD, hernandez L, Baur C, Parker R, Dreyer B, Schyve P, Lemerise A, and Schillinger D. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. *Institute of Medicine.* 2012:1-26.
39. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inquiry.* 2018;55:46958018757848.
40. Kowalski C, Lee SY, Schmidt A, Wesselmann S, Wirtz MA, Pfaff H, et al. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:47.
41. Sorensen K, Czabanowska K, Brand H. Developing Health Literate Businesses: A Qualitative Study. *Occupational Medicine & Health Affairs.* 2015;3(5).
42. Parker RM, Ratzan S. Re-enforce, Not Re-Define Health Literacy-Moving Forward with Health Literacy 2.0. *J Health Commun.* 2019;24(12):923-5.

*責任著者: 石川ひろの、e-mail hirono-tky@umin.ac.jp

日本ヘルスリテラシー学会雑誌 第1巻第1号 2022年（創刊号）
Health Literacy Vol. 1, No.1, 2022 (The First Number)

2022年4月1日発行

編集

木内 貴弘（東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野）

編集補助

坂口 七海（東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野）

嶋立 愛衣（東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野）

発行者

日本ヘルスリテラシー学会

<http://HealthLiteracyAssociation.jp/>

