

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「相互作用的ヘルスリテラシー」と「批判的ヘルスリテラシー」を提唱した (Nutbeam, 2000)。

「相互作用的ヘルスリテラシー」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。

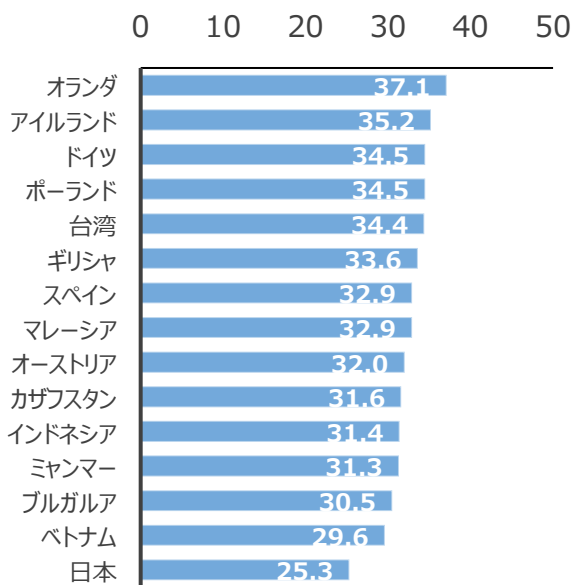


図2 国・地域別のヘルスリテラシーの平均点

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）：情報に偏りがないか、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