

健康教育科目により育成される大学生のヘルスリテラシーの評価に 伝達的・批判的ヘルスリテラシー尺度を援用する試み

加 藤 知 己*

An Attempt to Evaluate University Students' Improved Health Literacy Improved after Health Education Lectures Using the Communicative and Critical Health Literacy Scale

KATO Tomoki*

キーワード：伝達的・批判的ヘルスリテラシー，大学生，健康教育科目

1. はじめに

近年、高いヘルスリテラシーは、疾病リスク低減や治療効果の向上、健康習慣の形成やストレス対処力に寄与することが明らかにされてきた¹⁾²⁾³⁾。そして、保健・医療の様々な分野や現場において、ヘルスリテラシーの概念は重視されつつあり¹⁾⁴⁾⁵⁾、関連研究が国内外で進められつつある¹⁾²⁾³⁾⁶⁾。

中学校(平成 29 年公示)⁷⁾および高等学校(平成 30 年 7 月公示)⁸⁾の新学習指導要領の保健体育・保健分野における目標には、ヘルスリテラシーの用語自体の記載はないものの、「健康や医療に関する情報を入手、理解、評価し、活用する力」¹⁾、すなわち、ヘルスリテラシーの育成が標榜されている。

このように中学校⁹⁾¹⁰⁾、高等学校¹¹⁾におけるヘルスリテラシー教育への指向性をさらに発展させ、高大接続を円滑に行い、大学においてもヘルスリテラシーの育成を図ることができれば、心身ともに健康な市民をより多く輩出することが可能となる。また、ひいては健康経営¹²⁾の促進や医療費の抑制などの社会的恩恵を誘引することも期待される。

将来的に、社会保障費のさらなる増大が懸念される日本社会の現状と、近年における大学のユニバーサル化の進展を踏まえて考えると、大学も含め、学校教育を通じてヘルスリテラシーの育成をより組

織的に図ってゆくことは、検討に値する教育的視点ではないかと思われる。

日本の大学生のヘルスリテラシーに関する教育的取り組みや研究は、看護系¹⁾、養護教諭課程¹³⁾、医療情報系¹⁴⁾などの保健医療の関連分野を専攻する学生を対象にしたものは散見される。しかし、その他の専攻学生が受講する教養系健康教育科目のヘルスリテラシー育成効果に着目した検討は、あまりなされていない現状にあるものと思われる。

前報告¹⁵⁾では、理工系学生の e ヘルスリテラシー¹⁶⁾に対する健康教育科目の教育効果を示唆する結果が得られた。しかし、その評価をより具体的に授業改善に役立てるためには、総体的評価だけでなく、講義で扱う個々の健康領域のヘルスリテラシーを個別に把握する必要性を筆者は示した¹⁵⁾。

高泉ら¹⁷⁾は、石川ら¹⁸⁾により開発された、健康医療情報全般に対する伝達的・批判的ヘルスリテラシー尺度(以下、CCHL 尺度とする)を応用して食情報に特化した「健康的な食生活リテラシー尺度」を作成し、信頼性と妥当性を確認した。この成果は、CCHL 尺度の、健康領域別ヘルスリテラシー評価指標としての有用性を示唆するものと考えられる。

そこで、今回、CCHL 尺度を援用して、健康教育講義科目を通じて育成される大学生のヘルスリテ

* 未来科学部人間科学系列教授 Professor, Department of Humanities, Social and Health Sciences, School of Science and Technology for Future Life

ラシーを各健康領域別に授業評価の一環として把握し、それらの変容に関して試行的検討を行った。

2. 方法

1) 調査の概要

関東理工系大学の1~4年生男女127人(男:112人,女:15人,年齢:19.8±1.2歳)を対象とし、2018年度前期(4~7月)にヘルスリテラシーを評価する質問紙調査を健康教育講義科目の第1週授業開始時(開始時調査)、第7週授業開始時(中間時調査)および第14週授業開始時(終了時調査)の計3回にわたり実施した。なお、調査に1回以上欠損したデータ(7人)は分析対象から除外した。

2) 研究対象とした健康教育科目

検討対象とした授業科目は、関東理工系大学の教養系カリキュラムに配当される健康教育科目(「健康と生活」、講義科目、半期2単位、授業時間:100分)とした(表1, ※HL:ヘルスリテラシー)。本科目では、健康課題を発見し解決する能力の向上を目的として、健康を自己管理するために生活習慣の改善点とその科学的根拠、ならびに健康保持・増進に関する社会的対策に関する内容を取り扱い、解説した。成績評価は、毎回の授業テーマに関する疑問点を調べる小レポートを作成すること(平常課題:30点)に加え、期末レポート(70点)を課した。期末レポートは、受講者が最も関心のある今日の健康課題の現状と改善策を考察、提案する内容とした。

なお、最終回に受講生は、自己のヘルスリテラシ

表1. 健康教育科目「健康と生活」の講義テーマ

第1回	<HL 開始時調査> 肥満の定義と測定・評価
第2回	肥満の予防・解消
第3回	高齢者の体力づくり
第4回	喫煙と健康
第5回	飲酒と健康
第6回	エイズの予防
第7回	<HL 中間時調査> レポートの記述方法
第8回	ストレスへの対処①
第9回	ストレスへの対処②
第10回	睡眠と健康
第11回	身体活動と健康
第12回	食生活と健康
第13回	健康の概念
第14回	<HL 終了時調査> レポートの個別指導

ーの変化を観察するために、図2,図3(付録)に示すように健康領域別・要素別のグラフを作成した。

3) 健康領域別にみた伝達の・批判的ヘルスリテラシーの試行的評価法

本報告では、石川ら¹⁸⁾が開発したCCHL尺度(伝達の・批判的ヘルスリテラシー尺度)における5つの設問文(表2)の「情報*」の前部に、5つの健康領域の文言(「睡眠の」、「食生活や栄養の」、「身体活動や体力の」、「ストレスの」、「病気やケガの」)を付加し、5種類の健康領域別にそれぞれ同じ5項目を作成し、これを健康領域別に伝達の・批判的ヘルスリテラシーを測る試行的尺度(計25項目)とした。回答の選択肢は、CCHL尺度と同様の5件法(1:全くそう思わない,2:あまりそう思わない,3:どちらでもない,4:まあそう思う,5:強くそう思う)とした。また、測定対象となるヘルスリテラシーの各要素(表2)の呼び名は、本報告では、①:「情報収集力」、②:「情報選出力」、③:「情報判断力」、④:「情報伝達力」、⑤:「意志決定力」とした。

表2. 伝達の・批判的ヘルスリテラシー尺度の変更点(*)

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。

①新聞、本、テレビ、インターネットなど、いろいろな情報源から情報*を集められる。

②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。

③情報*をどの程度信頼できるかを判断できる。

④情報*を理解し、人に伝えることができる。

⑤情報*をもとに、健康改善のための計画や行動を決めることができる。

4) 倫理的配慮

本調査の実施に際しては、事前に次の3項目について口頭説明を行い、調査への協力を求め、回答の実施をもって同意したものと判断した。①本調査は、授業評価の一環としてヘルスリテラシーの定着の程度を受講者と教授者が確認するために行うものであり、成績評価に全く影響しないこと。②回答内容は集団データとして公表される場合はあるが、個人の回答内容は公開されないこと。また、個人データは漏洩しないように厳格に管理されること。③自分のデータを分析に用いて公表してほしくない場

合には、いつでも同意を撤回できること。

5) 統計的分析

受講開始時・中間時・終了時に行った各調査データを集計し、3回の全調査に回答が得られ、かつ出席率が75%以上であった受講生のデータを分析対象とした。3つの調査時点のデータを比較するために、エクセル統計(ベルカーブ社製)を用いて対応のある一元配置分散分析を行い、統計的有意性を確認後、下位検定としてボンフェローニの方法によって多重比較を行った。

3. 結果および考察

1) ヘルスリテラシー総合評価の推移

今回、CCHL 尺度を試行的に援用し健康領域別ヘルスリテラシーを調査したが、ヘルスリテラシーの総合評価は5領域全項目の総得点の平均値とした。分散分析の結果、統計的有意性(F値=86.626, $p<0.001$)が得られたため、次に下位検定を行ったと

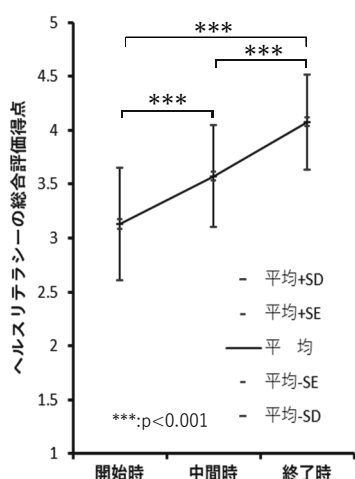


図1. ヘルスリテラシー総合評価の変化(多重比較)

2) 健康領域別ヘルスリテラシーの推移

健康領域別にヘルスリテラシーを観察するために5要素の総得点の平均値を算出して、3つの調査時点の比較を行った。分散分析の結果、すべての健康領域において統計的有意なF値が得られ($p<0.001$), 下位検定では、2つの調査時点のすべての組み合わせにおいて統計的有意差($p<0.001$)が認められた(表3)。いずれの健康領域のヘルスリテラシーにおいてもほぼ同様の上昇傾向がみられ、健康領域別に大きく異なる傾向は認められなかった(開始時: 3.05~3.18→終了時 4.01~4.18)。

各健康領域のヘルスリテラシーが全般的に向上

したことは、表3. 健康領域別ヘルスリテラシーの変化*

健康教育科目

において多くの健康領域を網羅する視点からは望ましい結果と言えるかもしれない。しかし、中間調査前の前半の講義では十分に解説されなかった授業内容の睡眠やストレスの得点がその他

		平均	標準偏差	下位検定
(1)睡眠	①開始時	3.08	0.64	
	②中間時	3.56	0.55	***
	③終了時	4.16	0.49	
	F値	249.827***		
(2)食生活 や栄養	①開始時	3.15	0.68	
	②中間時	3.60	0.61	***
	③終了時	4.07	0.55	
	F値	155.393***		
(3)身体活動 や体力	①開始時	3.17	0.71	
	②中間時	3.59	0.62	***
	③終了時	4.05	0.54	
	F値	141.611***		
(4)ストレス	①開始時	3.05	0.74	
	②中間時	3.54	0.63	***
	③終了時	4.06	0.59	
	F値	167.077***		
(5)病気 やケガ	①開始時	3.18	0.68	
	②中間時	3.56	0.60	***
	③終了時	4.01	0.55	
	F値	136.037***		

の健康領域と同様の伸びを示しており、この点は不可解と言わざるを得ない。この理由としては、四半期間の健康教育科目の受講が、学生の主観的ヘルスリテラシー全般、すなわち、健康生活管理に対する全般的な自己効力感を高め、結果的に未受講の健康領域の得点向上にも波及効果が表れた可能性が考えられる。あるいは、健康領域別に同じヘルスリテラシー5要素の質問項目が反復する形式であったため、この回答形式が、一種のバイアスとして底上げ効果をもたらした可能性も考えられる。

3) 要素別ヘルスリテラシーの推移

ヘルスリテラシーを5つの要素別に観察するために、各健康領域の同じ要素の得点を総計して各要素別に平均値を求め、分散分析を行った。その結果、全要素において統計的有意性が認められた($p<0.001$)。多

表4. 要素別ヘルスリテラシーの変化*

		平均	標準偏差	下位検定
①情報収集力	①開始時	3.71	0.72	
	②中間時	4.01	0.55	***
	③終了時	4.41	0.53	
	F値	112.849***		
②情報選出力	①開始時	3.28	0.64	
	②中間時	3.69	0.58	***
	③終了時	4.15	0.52	
	F値	136.964***		
③情報判断力	①開始時	2.89	0.62	
	②中間時	3.42	0.54	***
	③終了時	4.00	0.52	
	F値	209.408***		
④情報伝達力	①開始時	2.78	0.72	
	②中間時	3.26	0.62	***
	③終了時	3.82	0.53	
	F値	177.094***		
⑤意志決定力	①開始時	2.97	0.71	
	②中間時	3.47	0.66	***
	③終了時	3.98	0.59	
	F値	153.749***		

※表3、表4の下位検定欄のアスタリスクは、2つの調査時点(①②③)の全組合せに有意差($p<0.001$)を確認したことを示す。

重比較では、2つの調査時点のすべての組み合わせにおいて統計的有意差($p<0.001$)が得られた(表 4)。

受講開始時の5要素の水準は、情報収集力(3.71)が最も高得点であり、次に情報選出力(3.28)、意志決定力(2.97)、情報判断力(2.89)、情報伝達力(2.78)の順となった。このことは、授業改善の検討に際して、受講開始時に低水準にある情報判断力や情報伝達力に着目することの重要性を示唆している。受講後、両要素は1ポイント以上向上し、当該健康教育科目の授業評価としては概ね良好な結果は得られた。しかし、今回採用した CCHL 尺度はヘルスリテラシーの主観的評価指標であるため、さらに授業の質を高めるためには、講義内容と整合するヘルスリテラシーの客観的尺度¹⁾¹³⁾の作成と適用を要するものと思われる。

2015 年、国立大学図書館協会は「高等教育における情報リテラシー基準 2015 版」¹⁹⁾を公表した。そこでは、情報リテラシーは「高等教育の学びの場において必要と考えられる情報活用能力」、すなわち「課題を認識し、その解決のために必要な情報を探索し、入手し、得られた情報を分析・評価、整理・管理し、批判的に検討し、自らの知識を再構造化し、発信する能力」¹⁹⁾と定義されている。この定義にある「情報」を「健康・医療情報」に置き換えてみると、ヘルスリテラシーの概念にほぼ一致する。従っ

て、今後、大学の健康教育科目を通じたヘルスリテラシーの育成は、学士力の構成概念の一部である情報リテラシー¹⁹⁾の教育の一環として、有効な教授法の確立を指向する必要があるように思われる。

4) ヘルスリテラシー5要素の健康領域別推移

各健康領域別にヘルスリテラシー5要素の変化について分散分析を行った結果、全領域、全要素において統計的に有意となった(表 5, $p<0.001$)。また、多重比較では、2つの調査時点の全組合せにおいて統計的有意差が認められた($p<0.001$)。

受講開始時の情報判断力と情報伝達力は、どの健康領域でも他の要素に比べ低水準にあることが明らかとなった。しかし、健康教育科目の受講を通じて開始時よりも情報判断力は 0.92~1.32pts、情報伝達力は 0.90~1.17pts 向上し、開始時における他要素との格差はかなり縮小した。

今後、さらなる両要素の育成には、信頼性の高い情報源の見極め方やエビデンスレベルの見方、複数情報の比較検討の重要性等²⁰⁾に関してより重点的に取扱うこと、また、課題解決討議やロールプレイング等のアクティブラーニングを取り入れることも有効であると思われる。そして、この向上効果が健康行動にどの程度反映されるのかを、ヘルスリテラシーの客観的指標の適用とともに、検証することも、今後取り組むべき課題と考える。

表 5. 健康領域別にみたヘルスリテラシー5要素の受講期間中の変化(分散分析と多重比較)

		①情報収集力			②情報選出力			③情報判断力			④情報伝達力			⑤意思決定力		
		平均	標準偏差	下位検定	平均	標準偏差	下位検定	平均	標準偏差	下位検定	平均	標準偏差	下位検定	平均	標準偏差	下位検定
1. 睡眠	①開始時	3.69	0.92		3.24	0.89		2.76	0.90		2.79	1.04		2.91	1.00	
	②中間時	3.94	0.77	***	3.75	0.78	***	3.38	0.76	***	3.20	0.82	***	3.51	0.92	***
	③終了時	4.46	0.61		4.24	0.66		4.09	0.72		3.95	0.69		4.06	0.78	
	F値	72.867***			88.011***			140.210***			100.572***			86.623***		
2. 食生活 や栄養	①開始時	3.75	0.96		3.37	0.92		2.96	0.87		2.74	0.90		2.91	1.03	
	②中間時	4.09	0.81	***	3.69	0.79	***	3.42	0.76	***	3.30	0.84	***	3.48	0.86	***
	③終了時	4.44	0.70		4.14	0.69		4.02	0.75		3.77	0.83		4.00	0.80	
	F値	44.576***			45.408***			88.242***			89.873***			71.446***		
3. 身体活動 や体力	①開始時	3.67	0.94		3.35	0.91		2.93	0.84		2.87	0.95		3.04	1.00	
	②中間時	4.06	0.72	***	3.64	0.88	***	3.50	0.79	***	3.31	0.79	***	3.44	0.88	***
	③終了時	4.38	0.62		4.15	0.72		4.01	0.73		3.76	0.72		3.96	0.81	
	F値	51.302***			59.946***			98.493***			67.516***			52.598***		
4. ストレス	①開始時	3.61	1.01		3.16	0.98		2.82	0.88		2.75	0.98		2.91	0.97	
	②中間時	3.89	0.76	***	3.68	0.83	***	3.42	0.82	***	3.27	0.88	***	3.47	0.92	***
	③終了時	4.39	0.74		4.10	0.80		3.97	0.82		3.85	0.77		3.98	0.81	
	F値	59.465***			56.087***			101.053***			90.054***			82.682***		
5. 病気 やケガ	①開始時	3.82	0.87		3.29	0.95		2.98	0.89		2.76	0.96		3.06	0.92	
	②中間時	4.08	0.76	***	3.70	0.77	***	3.36	0.80	***	3.21	0.86	***	3.45	0.80	***
	③終了時	4.38	0.65		4.11	0.72		3.90	0.68		3.77	0.75		3.89	0.82	
	F値	35.385***			49.949***			68.756***			79.039***			54.124***		

※下位検定欄のアスタリスクは、2つの調査時点(①②③)の全組合せに有意差($p<0.001$)を確認したことを示す。

参考文献

- 1) 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
- 2) 中山和弘: 健康を決める力, アクセス日: 2018年9月20日 (<http://www.healthliteracy.jp>)
- 3) Helen Osborne: Health Literacy From A to Z: Practical Ways to Communicate Your Health Message, 2nd Edition, Jones & Bartlett learning, USA, 2013
- 4) 古田真司: 保健教育における健康情報リテラシーの重要性に関する検討, 教科開発論叢, 第1号, 1-12, 2013
- 5) 大竹聡子ほか: 健康教育におけるヘルスリテラシーの概念と応用, 日本健康教育学会誌 12巻, 2号, 70-78, 2004
- 6) 蛭名玲子: ヘルスリテラシー研究の概況: 第20回 IUHPE 世界会議のレビュー, 日本健康教育学会誌, 第19巻, 第2号, 158-162, 2011
- 7) 文部科学省: 中学校 学習指導要領解説 保健体育(平成29年3月公示), アクセス日: 2018年9月10日 (http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/1387016.htm)
- 8) 文部科学省: 高等学校 学習指導要領解説 保健体育編・体育編(平成30年3月示), アクセス日: 2018年9月10日 (http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/newcs/1407074.htm)
- 9) 山本浩二, 渡邊正樹: 中学生の健康情報リテラシーを育てる保健授業の研究-健康情報の評価活動を取り入れた授業効果の分析-, 日本教科教育学会誌, 37巻, 2号, 29-38, 2014
- 10) 古田真司ほか: 中学生の健康情報リテラシーに関する基礎的検討, 愛知教育大学研究報告 教育科学編, 63巻, 65-73, 2014
- 11) 笠原美香ほか: 高校生のヘルスリテラシー向上の取組み—高校生に対する健康教育による予防的介入の効果について—青森県看護学会誌, 44巻, 14-15, 2015
- 12) 福田 洋: 健康経営の現状と最新動向: 組織のヘルスリテラシー向上を目指して, 日本健康教育学会誌, 26巻, 2号, 162-168, 2018
- 13) 古田真司ほか: 健康情報リテラシーを向上させるためのプログラム開発, 愛知教育大学研究報告, 愛知教育大学, 66(教育科学編): 55-61, 2017
- 14) 奥村昌子ほか: 北海道情報大学の学生の健康高度とeヘルスリテラシー, 北海道情報大学紀要, 第28巻, 第2号, 1-17, 2017
- 15) 加藤知己: 大学生のeヘルスリテラシーに対する健康教育科目の効果, 東京電機大学総合文化研究, 第15号, 167-170, 2017
- 16) 光武誠吾ほか: eHealth Literacy Scale (eHEALS) 日本語版の開発, 日本公衆衛生雑誌, 58巻, 5号, 361-371, 2011
- 17) 高泉香苗ほか: 健康的な食生活リテラシー尺度の信頼性および妥当性—インターネット調査による検討—日本健康教育学会誌, 20巻, 1号, 30-40, 2012
- 18) 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 promotion international, 23, 269-274, 2008
- 19) 国立大学図書館協会教育学習支援検討特別委員会: 高等教育のための情報リテラシー基準2015版, アクセス日: 2018年9月23日 (<http://www.ianul.jp/j/projects/sftl/sftl201503b.pdf>)
- 20) 日本インターネット医療協議会: インターネット上の医療情報の利用の手引き, アクセス日: 2018年9月15日 (<http://www.iima.or.jp/userguide1.html>)

＜付録＞

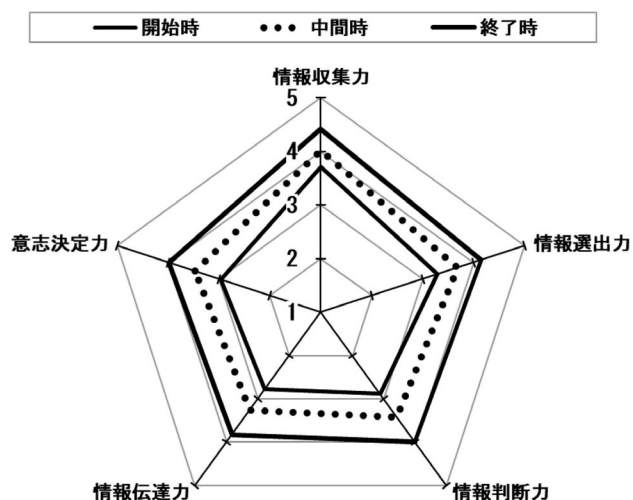


図2. ヘルスリテラシーの要素別変化

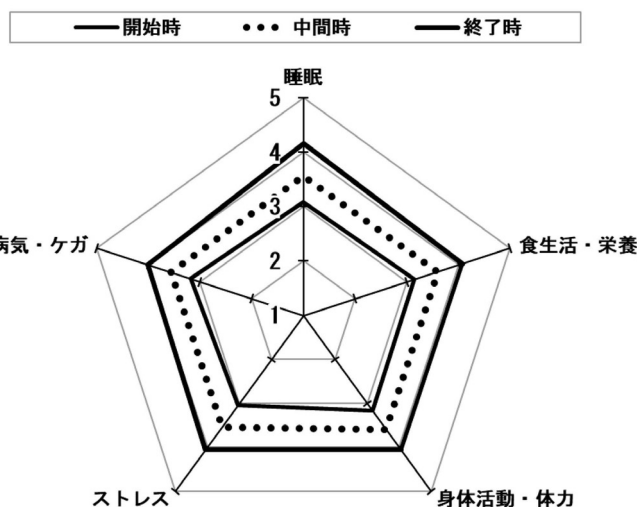


図3. 健康領域別ヘルスリテラシーの変化

