

高校生のヘルスリテラシーに関する研究 ～長命地域と短命地域の比較～

笠原美香¹⁾*, 吉池信男²⁾

1) 青森県立保健大学大学院, 2) 青森県立保健大学,

Key Words ①ヘルスリテラシー ②高校生 ③長命地域 ④短命地域

I. はじめに

短命地域（青森県）の早世を減らすには、壮年期より早い時期から健康を意識した生活習慣を身に付けるために、健康情報を活用するスキル、すなわち「ヘルスリテラシー」が重要であるのではないかと仮説を立てた。その理由は、生活習慣病は若いころからの生活習慣の積み重ねによって壮年期以降に発症するからである。しかしながら、国内において高校生に焦点を当てたヘルスリテラシーの実態調査や親子の関連をみた研究は見当たらない。

II. 目的

本研究では、高校生のヘルスリテラシー教育を推進することを目的とし、壮年期における死亡率の差が大きい青森県と長野県・滋賀県に在住する高校生とその保護者のヘルスリテラシーの実態を解析し、仮説1)～4)

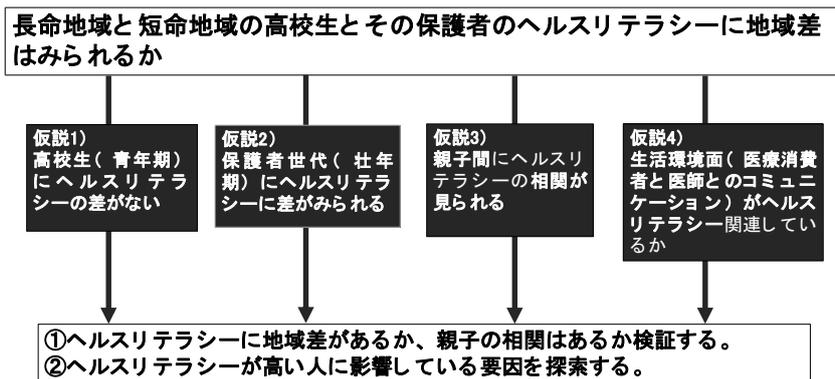
(下図)を検討する。

長命地域（長野県・滋賀県）と短命地域（青森県）において、高校生とその保護者のヘルスリテラシーの実態を明らかにすることである。その意義として、早世の要因としてヘルスリテラシーが関連

しているかを示す根拠が得られ、生活習慣病予防や早世予防に寄与する知見となることが期待される。なお、高校生のヘルスリテラシーを高めることにより、将来のセルフケア能力を高めるのに役立つと考えられる。

III. 研究方法

1. 研究デザイン 観察研究, 自記式質問紙による横断研究
2. 対象施設と対象者 高校2年生とその保護者; 青森県A市6校(公立4校, 私立2校)合計806人, 長野県B市・C市4校(すべて公立; 1校は生徒のみ)合計978人, 滋賀県D市・E市3校(すべて公立)518人
3. 調査項目
 - 1) 高校生 個人特性(基本属性, 将来の夢の有無, 自己効力感, 学習意欲), インターネット使用頻度, 健康情報源, 将来の生活習慣予測(自らが成人してからどのような生活習慣を送っているか; 喫煙, 運動, 飲酒, 体重管理), ヘルスリテラシースケール(相互作用的・批判的ヘル



*連絡先: 〒030-8505 青森市浜館間瀬 58-1 E-mail: n_yoshiike@auhw.ac.jp

スリテラシーCCHL, eHealth Literacy Scale(eHEALS)日本語版)

2) 保護者 個人特性 (年代, 教育歴, 職種), インターネット使用頻度, インターネットで検索している健康情報, 健診受診状況と保健指導に対する評価, 受療状況とインフォームドコンセントに対する評価, 現在の生活習慣 (喫煙, 運動, 飲酒, 体重管理), ヘルスリテラシースケール (相互作用的・批判的ヘルスリテラシーCCHL, 14-item Health Literacy Scale(HLS-14), eHealth Literacy Scale(eHEALS)日本語版)

4. 調査方法と期間 自記式質問紙調査, 2018年7月3日~7月24日(8月31日到着分まで受理)
5. 分析 IBM SPSS Statistics25またはEZRを使用, 有意水準は5%(両側検定). カテゴリカルデータはPearson χ^2 検定, Fisherの正確確率検定, 順序尺度データはKruskal-Wallis, 3群間差の検定には下位検定Mann-WhitneyのU検定, 多重比較にはHolm法を用いた.

IV. 結果・考察

高校生: 回答者及び有効回答率は青森県(X)604人(74.9%), 長野県(Y)818人(83.6%), 滋賀県(Z)477人(92.1%)であった. 3群間および多重比較で有意差が認められた(3群間:* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, またはn.s./多重比較: 例えばxyは有意に $X > Y$ であることを示す. また, -は多重比較では有意な組み合わせが無いことを示す.)のは, 過去1か月間で健康に関する情報を得た割合(**/xy, xz), 将来の夢(**/xy, xz)・自己効力感(**/xy, xz)・学習意欲(**/xz, yz), 将来の生活習慣予測の「喫煙」(*/-)「飲酒」(*/-), CCHL(**/xy, xz, yz), eHEALS(**/xz, yz)であった. すなわち, 短命地域(X)の高校生は長命地域(Y, Z)の高校生に比べてヘルスリテラシー(表1)や学習意欲は高く, 望ましい将来の生活習慣予測をする生徒の割合が高かった.

表1 生徒のヘルスリテラシー

		全体(n=1899)	青森県(n=604)	長野県(n=818)	滋賀県(n=477)	P値	
生徒	CCHL	生徒 CCHL(相互作用的)	11.2 ± 2.4	11.7 ± 2.4	11.2 ± 3.8	10.7 ± 2.4	$P < 0.001$
		生徒 CCHL(批判的)	7.0 ± 1.7	7.4 ± 1.8	7.0 ± 3.6	6.6 ± 1.5	$P < 0.001$
	CCHL	18.1 ± 3.7	19.1 ± 3.8	18.0 ± 4.6	17.3 ± 3.5	$P < 0.001$	
	ehealth	22.8 ± 7.2	23.5 ± 7.9	23.1 ± 6.9	21.5 ± 6.8	$P < 0.001$	

各項目は無回答を除いて算出した。

ヘルスリテラシースケールは、平均値±標準偏差、Kruskal-Wallis検定(下位検定Mann-Whitney U test, holm法による多重比較を実施)

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$, n.s.: not significant

保護者: 回答数はX526人, Y307人, Z199人であった. 3群間比較で有意差が認められたのは, 年代(**/-), 最終学歴(**/-), 職業(**/-), インターネット使用頻度(*/-), 受療状況とインフォームドコンセントに対する評価「主治医はあなたの意思を尊重しようとしている」(* / xz), 「主治医は治療方法について分かりやすく説明している」(* / xz), 生活習慣「喫煙」(**/ -)「運動」(**/ -)「飲酒」(**/ -)「体重管理」(* / -)「主観的健康感」(* / -)であった. CCHL, HLS14, eHEALSに有意差は認められなかった(n.s. /).

今回の分析では, 短命県である青森県の高校生は長命地域の高校生よりヘルスリテラシーや学習意欲が高かったことから, マスメディアを使用した短命県返上キャンペーンの効果など考えられるが, 因果関係ははっきりせず, 今後考察を深めていく. また, 高校生の保護者(壮年期)については, 健康情報を得て, 理解・吟味するヘルスリテラシーは持ち合わせていても, 望ましい行動を選択していない現状が明らかになった. 望ましい生活習慣を選択しないことは広義的に考えるとヘルスリテラシーは低いと言えるが, 現在国内で使用している既存のヘルスリテラシースケールは日本人にあったツールと言えるのか疑問を感じている部分もある. また, 行動選択の背景にはヘルスリテラシー以外の要因もあると考えられる. 今後も引き続き分析を進め, 親子間の相関や生活環境面との関連, ヘルスリテラシーが高い人の要因を探索していく予定である.