

中山 和弘

『病院』(医学書院) 67 巻 5 号 P.394-400, 2008

## ヘルスプロモーションにおけるヘルスリテラシーへの注目

世界の健康政策の中心となっているヘルスプロモーションでは「人びとが自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」というオタワ憲章の定義が多く用いられている。そこでは、個人が健康的な生活を送ることができるスキルや能力を高めることを、個人だけに要求するのではなく、それをサポートできる環境を社会的、経済的、政治的に作り出すことが強調されている。実際にトップダウン式の健康教育で知識を与えただけでは行動変容は起こりにくく、社会的に決定されているものを変えるには、社会を変える必要がある<sup>1)</sup>。そのためには、その活動に人々が参加して影響を与えることが不可欠であるとされている。

1986年にオタワ憲章を発布した第1回ヘルスプロモーション世界会議は、2005年には6回目を迎え、バンコク憲章が採択された<sup>2)</sup>。そこでは、人びとが獲得すべき能力の中に、ヘルスリテラシーが盛り込まれている。それはすでに1998年のWHOによるヘルスプロモーション用語集にも登場していたが、バンコク憲章は、全体としてグローバル化した現

在の世界状況をより反映したものとなっている点で意義深い。

バンコク憲章のヘルスプロモーションの定義では、オタワ憲章の「自らの健康をコントロール」という部分を「自らの健康とその決定要因をコントロールし」(傍点は筆者)と記述して、その決定要因を強調している。その健康に影響を与えている重要な要因として、国内外での不平等の増大、消費とコミュニケーションの新しいパターン、商業化、地球環境変化、都市化を挙げている。特に、国内外の健康の不平等については、ヘルスプロモーション世界会議では1997年の第4回(ジャカルタ)から、その社会的決定要因への注目がなされてきていて、2000年の第5回(メキシコシティ)では健康格差対策が中心テーマになっている。

1998年には、WHOヨーロッパ事務局が健康の社会的決定要因に関する意識の向上を目指して、関連する何千もの研究でのエビデンスをわかりやすくまとめ、ソリッドファクト(根拠ある事実)という冊子を出している(2003年には第2版)<sup>3)</sup>。そこでは要因を10項目にまとめていて、それは社会格差、ストレス、幼少期、社会的排除、労働、失業、ソーシャルサポート、薬物依存、食

品、交通である。そのイントロダクションでは、個人による行動変容では限界があるというエビデンスがあることから、そのライフスタイルをより健康なものにするための社会的決定要因を提言すると述べている。そして最後に、私たちに必要なものは、物質的に恵まれていることだけでなく、幼少期からずっと、自分に価値があり評価されていると感じること、友人とより打ち解けた社会、役に立っていると感じることで、働きがいのある仕事を十分にコントロールできることであるとしている。

バンコク憲章では、グローバル化を逆にチャンスともとらえている。健康増進と国境を超えた健康リスクの減少のための協力手段として、ICT (Information and Communication Technology) の利用が挙げられている。ヘルスリテラシーは、世界にあふれる健康情報とコミュニケーションにおける格差による健康格差の解消にかかわる重要な役割を担っているともいえる。そこで、ヘルスプロモーションで用いられるヘルスリテラシーの定義について整理してみたい。

ヘルスプロモーションでのヘルスリテラシーの定義

WHOのヘルスリテラシーの定義は次のようなものである：「認知面や社会生活上のスキルを意味し、これにより健康増進や維持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」。

この時、その低さに注目すると、健康を損なうことを意味することで、健康のリスクファクターになり、一定レベルは必要なものとなる。しかし、それが高いことに注目すれば、単に健康情報を使えるということにとどまらないヘルスプロモーションのための能力になる。WHOは、上の定義に続いて、次のような説明を付けている。

「生活習慣と生活状況の改善を通じて、個人やコミュニティの健康改善を図るよう主体的に行動するための知識・生活上の技術技能・自信の成熟度を意味する。パンフレットを読んだり、予約を行ったりできる能力ではなく、保健情報に接する機会を増やし、それを効果的に利用する能力の向上によって、エンパワーメントするために不可欠である」。

そして、Nutbeamは、ヘルスリテラシーはヘルスプロモーションのアウトカムであると位置づけ、3つのヘルスリテラシーを提唱した<sup>1)</sup>。それまで用いられていた誰もが出会うような健康に関連した情報について理解できる能力は機能的 (functional) ヘルスリテラシーであるのに対して、このように受け身でなく、それに加えて社会的スキルがあり、いろいろなコミュニケーションによって情報を積極的に獲得できる能力をインタラクティブ (interactive) ヘルスリテラシー

とした。さらに、批判的に情報を分析・吟味して、社会的、経済的、政治的な健康の決定要因を変化させる活動に参加できる能力を批判的 (critical) ヘルスリテラシーとした。まさにヘルスプロモーションで強調されるエンパワーメントである。

確かに、この分類は、「機能的」とそれ以外を分けた意味で重要であり、「インタラクティブ」は周囲がサポータティブな場合の能力で、「批判的」は周囲が必ずしもそうでない場合のものと考えたと理解しやすい。例えば、家族や職場がサポータティブな場合は、肥満を指摘されて運動や食事内容の見直しを始めるとして、その説明が理解できるだけでなく、家族や職場で話して協力を得て行動を開始できるのが、「インタラクティブ」で、周りが非協力的な場合は、家族や職場の上司や同僚に働きかけて、そこでの状況を変えろ力が「批判的」であろう。言い換えれば機能的がトップダウン式のもので、批判的がボトムアップ式といえよう。また、当然、ヘルスリテラシーには、このような予防的側面あるいは公衆衛生的側面を中心としたものだけでなく、医師との関係などの臨床場面のものや保健医療機関を探して利用する能力が含まれ、むしろこちらで多くの研究蓄積がある。

最近では、2006年に新しい定義と4つの多次元モデルがある<sup>4)</sup>。定義：「情報を得た選択 (informed choices) をし、健康リスクを減少させ、生活の質を向上させるための健康情報と考え方を探し、理解し、

評価して利用できる、生涯を通して発達する幅広い範囲のスキルと能力」。

4つの中心領域：

1) 基本的リテラシー (fundamental literacy)：読み書き、話すこと、計算能力

2) 科学的リテラシー (scientific literacy)：科学の基本的知識、技術の理解、科学の不確実性への理解など

3) 市民リテラシー (civic literacy)：メディアリテラシー、市民と政治過程の知識、個人の健康に関する意思決定がみんなの健康に影響することの認識

4) 文化的リテラシー (cultural literacy)：集団の信念、習慣、世界観、社会的アイデンティティなどの認識

4つの関係は、相互に高めあったり補完しあったりするものとされている。定義を含めて、ヘルスコミュニケーションと集団・コミュニティの健康を意識したもので、情報の内容と情報提供者との関係など、ヘルスプロモーションにおいても、有用なものと考えられる。本論の最後に、この分類を用いて、日本におけるヘルスリテラシーの方向性について考察してみたい。

## アメリカでのヘルスリテラシーに対する取り組み

次に、ヘルスリテラシー研究の進むアメリカの状況を見てみたい。アメリカでは、1990年に2000年までの数値達成目標を定めた「Healthy People 2000」(日本の『健康日本21』はこれを参考として作られている)、

2000年には同じく「2010」が策定された。これらには身体活動、栄養、タバコなどのそれぞれ重点領域があり「2000」では22で、「2010」では28に増加した。ここで追加された領域に注目すると「ヘルスコミュニケーションHealth Communication」がある<sup>5)</sup>。その定義は、「個人とコミュニティが健康を高める意思決定をするために情報提供し影響を与えるためのコミュニケーション戦略の研究と利用」となっている。

その中には6つの目標が挙げられている。家庭でのインターネットへのアクセス、ヘルスリテラシーの向上、ヘルスコミュニケーションプログラムの研究と評価、健康ウェブサイトの質を評価するための情報の公開、ヘルスコミュニケーションのセンターオブエクセレンス、ヘルスケア提供者のコミュニケーションスキルである。この重点領域が追加され、そこにヘルスリテラシーが入れている理由は、健康寿命の延長とともに大きな目標である健康格差がなかなか縮まらない要因としてそれが考えられるからである。

その後、医学研究所 (IOM) の2004年のヘルスリテラシーのレポート<sup>6)</sup>でも、「質の向上、コスト削減、格差解消のための努力は、同時にヘルスリテラシーの向上なくしては成功しない」と記されている。このレポートは、邦訳もされている『医療の質：谷間を超えて21世紀システムへ』（医学評論社、2002）から続けて出されたレポートと結びついているのである。そして、このレポートでは、ヘルスリテラシー

は教育、保健医療、社会文化的要因の3つに起因するもので、これらの協力による研究と実践を主張している。

そこで、実際の取り組みを見てみると、教育については、「Healthy People 2000」でもすでに「教育とコミュニティでのプログラム」が重点領域22のうちの一つに組み入れられ、教育の大切さは上のレポートでも強調されている。そして、すでに1995年には、アメリカがん協会を中心に、全米の学校教育、健康教育、公衆衛生にかかわる各協会組織が参画して、全国健康教育基準 National Health Education Standards が作られている（2006年には改訂版）<sup>7, 8)</sup>。学校の健康教育を幼稚園から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。そして、この基準に基づいて、学校における健康教育の評価を可能とするツールとして、Webで使える健康スキルテストの質問をプールしたものを作成している<sup>9)</sup>。ここでは1800以上のテスト項目があり、現在も増加を続けている。

研究においては、そんなアメリカでも、その具体的なメカニズムや向上のために有効な介入方法については、まだ十分なエビデンスがあるわけではない。国としての取り組みでは、2004年から、国立衛生研究所 (NIH) の13の研究所とセンターと AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) が「ヘルスリテラシーの理解と促進 (Understanding and Promoting Health Literacy)」という研究助成

プログラムを開始した<sup>10)</sup>。そこでのテーマは7領域あり、それぞれの例示が参考になるので、1つ2つ抜粋して紹介しておく。

## 1. 種類と範囲

・消費者が健康情報を効果的に探し、アクセスし、理解することができる様々な手段 (ITを含む) の評価、そして、これらが文化やヘルスリテラシーによってどのように異なる可能性があるか

## 2. 年齢と文化による形成要因

・ヘルスリテラシーの発達における社会文化的役割の検討。例えば、子どもはどのように健康に関する知識 (例えば、マスメディア、家族を通して) を獲得するのか

## 3. ヘルスリテラシーへの影響

・メディア (ラジオ、映画、新聞、インターネットと双方向システムを含む) のヘルスリテラシーへの影響

・健康情報の理解と保持における技術革命の効果 (シミュレーション、双方向アセスメントツール、アニメーション、バーチャルリアリティ)

## 4. 低いヘルスリテラシーの影響

・ヘルスリテラシーと情報に基づく意思決定能力の関係

## 5. 教育と訓練

・ヘルスリテラシーのレベルの向上とヘルスコミュニケーションスキルの上達における幼稚園から高校生までの教育システムの役割

・ヘルスリテラシーを向上させられるヘルスケア提供者になるためのスキルと知識を与える訓練プログラム

## 6. ヘルスシステムの介入

・ヘルスリテラシーと患者のアウトカムの上昇のための介入の有効性

(例えば、印刷物、視聴覚資料、インターネットベースの情報、通訳や翻訳した資料、図書館の情報資源やサービス、患者アドボケートなどを用いて適切な健康情報にアクセスできるようにするための介入はどの程度効果的か)

・ヘルスリテラシー介入の費用対効果分析の実施

## 7. 方法論と研究技術開発

・現在のヘルスリテラシーの評価方法の有効性の評価；必要に応じて、消費者に合った適切な方法論を開発し、様々な集団における低いヘルスリテラシーの人の割合や、その人口学的社会的要因との相互作用、ヘルスケアコストと健康アウトカムへの影響を把握できるようにする

### 日本でのヘルスプロモーションと「特定健診」「特定保健指導」

これまで日本の「健康づくり」の政策では、第1次国民健康づくり対策(1978年度～)、第2次国民健康づくり対策(1988年度～)(アクティブ80ヘルスプラン)を経て、1996年には、「成人病」を「生活習慣病」と変え、その原因に注目を移し、さらに、第3次として2000年度からは『健康日本21』(21世紀における国民健康づくり運動)が策定された。これにより、具体的な生活習慣それぞれの実施率などの数値目標を設定した。2002年には健康増進法が施行され、国民の責務として、「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとと

もに、健康の増進に努めなければならない」と書かれた。

これらの影響を国民のヘルスリテラシーから見るとどうであろう。内閣府の2000年の『生活習慣病に関する世論調査』では、生活習慣病について「聞いたことがある」と答えた者の割合が69.1%、そのうち「理解している」と答えた者の割合が42.7%、「漠然と理解している」と答えた者の割合が48.6%となっていた。「メタボリック・シンドローム」については、どうであろうか。内閣府の『食育に関する意識調査』(2007年2月)では、言葉を知っていた者の割合は91.8%、意味まで知っていた者も77.3%と高い。生活習慣病についてはやや低めとはいえ、時期も考えつつ見ると、多くの国民は、国の提供している健康情報を多く理解しているように思える。しかし、実際に生活習慣は大きく変化したかという点、これまでの各種調査でも、喫煙率はやや低下したとはいえ、先進国の中では依然高率であり、運動を始め他の健康習慣も大きくは変化していないのが実情である。『健康日本21』の中間評価でも、やや改善したものもあるが、ほとんどは変化していないかむしろ悪化している状況である。

それでも、「特定健診」「特定保健指導」に関するごく最近の調査(2008年1月)<sup>11)</sup>では、『知っていた』と回答した人は43.5%と4割と低いものの、自分が「メタボリック・シンドロームだと思う」、「予備群だと思う」と回答した人(全体の48.6%)に、「特定健診・保健指導を受けた場合、あなたの生活習慣は

どのくらい改善できると思いますか」と尋ねた結果では、『改善できると思う』と回答した人は87.7%と高い。これが、指導を期待しているのか、自分でできる自己効力感なのかは不明であるが、前者であれば指導者への期待は大きい。

確かに、自分でできる人もいるかもしれない。しかし、現状で、行動変容については、具体的な指導を受けたとして、それをどう受け止め活用するかはまたヘルスリテラシーの問題である。

健康情報はどこにもあふれている。ダイエット、血糖値やコレステロールを下げる健康食品、運動器具などのビジネスも盛んである。三菱UFJリサーチ&コンサルティングは、2005年に2兆円だったメタボ関連市場の規模は2010年に3.6兆円に拡大すると予想している。それらで効果が十分得られなければ、国民の懐が痛むだけになる。生活習慣病は、国民医療費で約10兆円を占めているといわれるが、今回のメタボリック・シンドローム対策の目標は、生活習慣病有病者・予備群を25%減少させ、2015年度までに医療費を2兆円削減しようというものである。有病者・予備群を本当に減少させられれば、当然その分の医療費削減は可能であろうが、そのような介入が期待された成果以外に、何をもたらすかである。

情報が正しく伝達されなければ、そのために新たな問題が生じてコストを生む可能性がある。また、情報は受け取られ方によっては、恐怖心が生じてその問題を避けるようになることが知られているし、情報

を生かそうと思ってもうまくいかない場合はストレスを生む。また、その時にサポートが得られなければ社会に対する信頼も低下する。そこにはストレス対処能力やソーシャルサポートの高低も影響しているため、その評価と支援が必要である。もともと習慣は変えにくいもので、それは無意識に自動的に行われるから習慣であるということからも理解できる。そして行動変容できない人を非難することは、犠牲者非難ともいえる行為である。効果的で適切なヘルスコミュニケーションが必要であり、日本ではこれまであまり普及してこなかった多くの保健行動理論（基本的なヘルスビリーフモデルをはじめ普及理論やソーシャルマーケティングなど）の教育研究の充実が求められる。

また、専門家にとっても正しいと思われたエビデンスも明日には変化する可能性を常にはらむし、メタボリック・シンドロームの診断基準や有効性についての疑問は、Webで調べればわかることである。これらを考えあわせても、ヘルスリテラシーの持つ意味はやはり大きく、そのアセスメントツールとそれにあわせた効果的な介入が必要と考えられる。

## 日本におけるヘルスリテラシー

以下、日本におけるヘルスリテラシーへの取り組みについて、Zarcadoolasらの4つのリテラシー<sup>4)</sup>の点から順番に考えていきたい。

### 1. 基本的リテラシー

アメリカでは、以前からこれらの低い人々が実はかなり多いのに把握できていなかったことと、そのことによる医療費との関連が指摘されてきている。最近のアメリカの報告では、それが低いことが（アメリカ生まれの白人が多数派）全米で年間1,060億から2,380億ドル（約11兆から25兆円）相当の影響を持ち、このままだと将来は1.6兆から3.6兆ドル（160兆から360兆円）になるという<sup>12)</sup>。これらの要因は救急サービス利用と入院の多さ、コンプライアンス・検診率・予防接種率の低さなど医療との関連が中心であった。

これと予防的な保健行動の関連、特に喫煙や運動などとの関連については、実は一般住民調査ではあまりデータは豊富ではない。最近の調査では、イギリスの全国の18-90歳の成人では関連があり<sup>13)</sup>、アメリカの高齢者のみの調査では関連がない<sup>14)</sup>などとの結果が出ている。

読み書きや数字の理解で、日本人は高いと思われがちであるが、これが健康関連のこととなると必ずしも一致するとは限らない。欧米でも、わからなくてもそれを表に出すことが少ないことが知られている。筆者が現在進めているインターネット上の健康相談事例の分析でも、「医療者にこんな簡単なことが聞けなくて多くの人が悩んでいるのだ」というのは研究協力者の看護師の人たちみんなが漏らした感想である。日本での調査が必要であろう。

### 2. 科学的リテラシー

健康関連の用語あるいはエビデンスを理解するためには、からだ

についての知識など基礎的な生物学の知識や、治療やケアに伴う物理的・化学的介入の基礎となる知識、確率やリスク（絶対、相対リスク、寄与リスクなど）についての知識なども必要となる。これは、インフォームドコンセントやセルフケアにおいても不可欠なものである。

昨年話題になったOECDの15歳を対象とした「学習到達度調査」（2006）では、フィンランドが学力世界一で、日本は「科学的応用力」6位に転落、「数学的応用力」10位、「読解力」15位となった。「科学について学ぶことに興味がある」との質問に、「そう思う」と答えた日本の生徒は50%で57の国・地域中52位、「理科の勉強は役立つ」との回答も42%、56位で、科学への関心や意欲の低さが問題となっている。また、科学の得点の学校格差は、得点の高い国では小さく、1位のフィンランドではほとんどないのに対して、日本では大きいことが挙げられ、ここでも格差があることが一因になっている。近年、科学をわかりやすく伝え日常で役立てられるようにする「科学コミュニケーション」に対する認識が日本でも高まりつつある。聖路加看護大学の「自分のからだを知ろう」<sup>15)</sup>などの子ども向けの活動に期待したい。

日本での、生きる力、ライフスキルといった教育や学習の視点の中に、ヘルスリテラシーを意識したプログラムがもっと盛り込まれて、健康であるために科学が必要で役に立つことを学べることを望む。日本版のNational Health Education Standardsについては一部取り組み

もあるが、国として文部科学省と厚生労働省が協力して（難しいとは言わないで）真剣に考える時期に来ているのではないだろうか。その内容のリストアップと吟味においては、臨床の専門職、公衆衛生、健康教育、学校保健、教育・学習理論の専門家などが協力して行われることが期待される。

### 3. 市民リテラシー

さらに、健康関連の用語が理解できても、複雑化、高度化した医療場面で意思決定したり、膨大な健康リスク情報から正しいものを選択したり、健康を決定している社会的要因について認識したりするにはまた別の能力が必要である。メディアリテラシー、情報リテラシーは、市民のエンパワーメントを目的としているもので、健康においてはまさにヘルスプロモーションである。

健康増進法により実際のところ「健康の義務化」が行われ、そのため健康でないことの責任が誰に負わされているのかについてしっかりと考えておかなければならない。また、医療崩壊といわれる状況で、国民皆保険の医療のしくみやその導入の経緯、現状での問題点などを、今一度それが助け合いのシステムであり国民がそれを選択しているという認識をもとに、医療政策、健康政策の決定過程にも関心を持ち、そこに参加してその選択に関与していく姿勢が求められているといえよう。そのような市民はまだ少数派かもしれないが、多くの患者や当事者のパワーは高まっていて、それが単に医療に直接向けられるだけでなく、我々がそのような医療にし

ているのだという認識を持たないと医療との信頼関係も失われかねない。しかし、そのためには、その全プロセスについての情報公開が必要であり、それを求めていくことも忘れてはならない。

### 4. 文化的リテラシー

外国人が増加していることもあるが、日本でも、それぞれの生まれ育った家庭や地域によってライフスタイルが形成され、そこでの価値が取り入れられている。地域の慣習や迷信もエビデンスと一致しているものもあればそうでないものもある。すでに形成されてきたライフスタイルやアイデンティティを把握しつつ、今後はエビデンスを知り、それをどう利用するかを考えた健康文化形成のしくみが必要であろう。エビデンスをうまく取り入れた文化形成は、日本の官僚主義や経済優先の文化から方向転換し、市民のエンパワーメントによって可能なのではないだろうか。

また、価値観や世界観の異なる人々とのコミュニケーションスキルも身につける必要がある。これは特に保健医療専門職教育で求められることでもあるが、健康な地域づくりにおいては、年齢、性別、職業、出身地などで多様な構成メンバーがそれぞれどのような文化的背景を持っているのかをみんなで理解していくことが必要であろう。

### ヘルスリテラシーにおける医療者と病院の役割

以上4つのヘルスリテラシーについては、測定ツールの開発が急務である。その測定がなくては、それ

らと様々な現象との関連を説明できない。医療の現場からも積極的な参加が求められるが、そこでは健康に関連した情報学、教育学、教育工学、コミュニケーション学の発展と協力体制が欠かせない。

それ以前には、医療者もこの問題の重要性に気づき、アメリカでヘルスコミュニケーションという重点領域ができたように、日本の政策でもそれで柱を立てるべきであろう。日本の場合、「新健康フロンティア戦略」にもみられるように、いつも疾患や問題別の専門家が集められて健康政策や戦略が議論されるが、それらに共通しているヘルスリテラシーの問題について認識しなければならない。

その問題への気づきや、実際にそれをどのようにアセスメントしそれにあつたサービスを提供するのか、向上の方法にはどのようなものがあるのかを探る上で病院の持つ役割は大きい。例えば、アメリカIOMはそのアセスメントを医療の質指標として用いることを提案している。

また、その生涯にわたる学習の場の提供することも考えなくてははいけない。健康な人々に対する1次予防から3次予防にわたってのわかりやすく信頼できる健康情報の提供や相互交流、情報交換の場が求められる。アメリカなどでは、大学や病院の提供する市民向けのサイトの情報の範囲は広く質も高い<sup>16)</sup>。無料で健康情報を提供し、日常の健康管理をサポートし、疾病に罹患してもスムーズに受診や治療が進められる。また子ども向けのサイトも

数多い。このような受診する前の市民のニーズに合わせた適切な情報提供は、受診から退院後にわたる適切なコミュニケーションを推進し、医療の効率化を高める効果も期待されるので、そのようなヘルスリテラシー向上プログラムやサイトの開発と評価が進むことを願いたい。

#### 文献

1) Don Nutbeam: 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):259-67, 2000

2) WHO: The bangkok charter for health promotion in a globalized world, 2005

3) Wilkinson R, Marmot M eds. : Social determinants of health: The solid facts second edition. World Health Organization, European Office, 2003

4) Zarcadoolas C, et al eds. : Advancing health literacy: A framework for understanding and action. JOSSEY BASS, 2006

5) Communicating Health: Priorities and Strategies for Progress. Action plans to achieve the Health Communication Objectives in Healthy People 2010 [Internet], 2003 [cited 2008/3/6] <http://odphp.osophs.dhhs.gov/projects/HealthComm/>

6) Nielsen-Bohlman L: Health literacy: A prescription to end confusion. National Academy Press, 2004

7) Joint Committee on National Health Standards: National health education standards: Achieving excellence. 2nd ed. American Cancer Society, 2007

8) Marx E: Promoting health literacy through the health education assessment project. J Sch Health 77(4):157-63, 2007

9) CCSSO-SCASS Health Education Assessment Project [Internet] [cited 2008/3/6]. <http://scassheap.org/>

10) U. S. Department of Health and Human Services: Understanding and Promoting Health Literacy, [Internet] 2007 [cited 2008/3/6] <http://grants1.nih.gov/grants/guide/pa-files/PAR-07-020.html>

11) インターワイヤード株式会社: 『特定健康診査』に関するアンケート [Internet] 2008 [cited 2008/3/6]. <http://www.dims.ne.jp/timelyresearch/2008/080220/>

12) Vernon J A, et al: Low Health Literacy: Implications for National Health Policy, [Internet] 2007 [cited 2008/3/6] [http://www.clearhealthcommunication.org/pdf/Low-Health-Literacy\\_Implications-for-National-Hea](http://www.clearhealthcommunication.org/pdf/Low-Health-Literacy_Implications-for-National-Hea)

lth-Policy.pdf

13) Wolf MS, et al: Health literacy and health risk behaviors among older adults. Am J Prev Med 32(1): 19-24, 2007

14) von Wagner C, et al: Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. J Epidemiol Community Health 61(12) : 1086-1090, 2007

15) 菱沼典子, 他: 5歳児向けの「自分のからだを知ろう」プログラムの作製—市民主導の健康創りをめざした研究の過程. 聖路加看護大学紀要 32 : 51-58, 2006

16) 中山和弘, 他: 市民の健康に役立つ北米大学のコンテンツ集, [Internet] 2006 [cited 2008/3/6]. <http://www.geocities.jp/kazuhiro/outreach/>

なかやま かずひろ  
聖路加看護大学教授 : 〒104-0044  
中央区明石町 10-1  
nakayama@slcn.ac.jp

ホームページ  
「ナースに役立つ種類のサイトとは ?  
<http://www.geocities.jp/kazuhiro/>」