

St. Luke's International University Repository

Health literacy and health promotion, health education and social determinants of health

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2014-02-25 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 中山, 和弘 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/11509

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



ヘルスリテラシーとヘルスプロモーション、 健康教育、社会的決定要因

中山 和弘^{*1}

目的：2013年の International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) の国際会議における、ヘルスリテラシーのセッションについて紹介する。

結果：健康情報に基づいた適切な意思決定が困難な人々を支援するためのツールとして、ヘルスリテラシーの測定尺度が必要とされている。より包括的な新しい尺度が紹介され、それらはヘルスリテラシーの定義に個人だけでなく広く社会を含めた形で開発されていた。それは、ヘルスリテラシーが、ヘルスケアと多様化する現代社会のギャップを埋めるうえで重要だからである。とくに European Health Literacy Survey (HLS-EU) に関連した報告では、ヘルスリテラシーに社会格差のあることが指摘され、健康格差の是正と公平のために、その測定と介入を進める必要があるとされた。ヘルスリテラシーは、読み書きなどのリテラシーと同様に、エンパワーメントの問題ととらえられていて、世界中で対象のヘルスリテラシーに合わせた様々なコミュニケーションの取り組みが始まっていることが確認できた。

結論：ヘルスリテラシーは、ヘルスプロモーションにおける1つのコア概念であり、これまでの多くの関連概念に公平という概念を加えた“アンブレラターム（様々な概念を傘の下に入れた言葉）”でもあるという見解が示された。それはまた、測定して変えられる健康の社会的決定要因の一つでもであると捉えられた。

〔日健教誌, 2014; 22(1): 76-87〕

キーワード：ヘルスリテラシー、ヘルスプロモーション、健康教育、健康の社会的決定要因、健康情報

I IUHPE の国際会議におけるヘルスリテラシー

2013年8月にタイのパタヤで行われた International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) の国際会議における、ヘルスリテラシーのセッションの報告とディスカッションについて紹介する。最新の研究動向だけでなく、それらをリードする研究者たちの思いや動機づけも伝わるよう、発言内容の概要を中心にまとめる。

まず、ヘルスリテラシーの定義を確認しておこ

う。EUによるヘルスリテラシー研究のための共同体である European Health Literacy Consortium による定義は、「健康情報を獲得し、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¹⁾。これは、2012年、システマティックレビューによって、それまでの様々な定義をまとめて作られたものである²⁾。

ヘルスリテラシーは、すでに多くの健康問題との関連が指摘されてきている。今回の会議の直前に出版された、WHO 欧州事務局の The solid facts シリーズの最新刊で、Ilona Kickbusch 氏らの編集による“Health literacy: The solid facts”¹⁾（以下、

^{*1} 聖路加看護大学

連絡先：中山和弘

住所：〒104-0044中央区明石町10-1

TEL & FAX：03-5550-2284

E-mail：nakayama@slcn.ac.jp

“ファクツ”と略す)の内容から紹介する。そこでは、21世紀の知識社会は、健康に関する意思決定においてパラドックスに直面しているとしている。なぜなら、私たちはますます健康的なライフスタイルを選択するように求められるようになっていくというのに、複雑な環境やヘルスケアシステムにおいては、それが簡単にできないからである。現代社会は、どんどんと不健康なライフスタイルを売り込んできているし、ヘルスケアはますます探したり選んだりすることが難しくなっている。それはいくら教育のある人であってもそうであり、教育システムは、リテラシーは提供できたとしても、ヘルスリテラシーは提供できない現状にある。

その根拠の1つとなっているのは、EUのConsortiumによる8か国の調査(European Health Literacy Survey: HLS-EU)において、半分の人がそのスキルを持っていなかったという結果である。このメンバーは“ファクツ”の編著者でもあり、今回の会議にも多くが登壇している。また、IUHPEには、2013年時点で8つのGlobal Working Groupがある。ヘルスリテラシーはそのうちの1つであり、このWorking GroupのメンバーもHLS-EUに関わっている人が多い。

会期中、ヘルスリテラシーをテーマとして企画されたセッションは、サブプレナリーが2つ、シンポジウムが2つ、ワークショップが2つ、計6つであった。これらを含めた会議全体の情報については、そのFacebookページを見ればある程度プログラムを確認できる³⁾。

本稿では、とくに、ヘルスリテラシーとヘルスプロモーション及び健康教育との関連、同時に健康の社会的決定要因(Social Determinants of Health: SDH)との関連について紹介し、ヘルスリテラシーが従来の議論のどこに位置づけられるのかについて検討する。

II シンポジウム「ヘルスリテラシーと Non-communicable disease (NCD)－研究、実践と政策の視点」

1. ヘルスリテラシーを測る意義とHLQについて

最初の報告者は、オーストラリアのRichard Osborne氏であった⁴⁾。Osborne氏は、包括的なヘルスリテラシーの尺度、Health Literacy Questionnaire (HLQ)を新たに開発したばかりである⁵⁾。この会議では、いくつものセッションでHLQについて報告していて、HLS-EUと並んで主要な位置を占めていた(氏は同時に、HLS-EUにも協力している)。ヘルスリテラシーと国連のミレニアム開発目標をテーマとしてその関連論文⁶⁾に沿って話を進めた。概要は次の通りである。以下、本稿における報告者の発表、発言の概要については、罫線で挟んで紹介する。

国連経済社会理事会(ECOSOC)は、2009年に健康関連のミレニアム開発目標に関連した宣言⁷⁾を採択している。そこでは、「大幅な健康アウトカムを確実にするにはヘルスリテラシーが重要な要因であることを強調し、ヘルスリテラシーを向上させるために適切なアクションプランの開発を求める」という項目が入っている。

ヘルスリテラシーには様々な定義があるが、それらに共通していることは以下の2点である。

- 1) 健康情報にアクセスし理解し活用する能力
- 2) それを可能にするために、組織や委員会がそれをサポートする能力

ヘルスリテラシーが必要になったのは、それを必要とするヘルスケア情報やシステムが存在するからである。したがって、ヘルスケアの情報やサービスの提供側が、その受け手のヘルスリテラシーを高めたり、提供時点でわかりやすいものにする事で、そのハードルを低くしようというものである。

しかし、ヘルスリテラシーが測れなければ、その高低もわからず、何を変える必要があるのかわからない。それを測ることで始めて、何を行

う必要があるかわかり、介入の開発につながるため、Health Literacy Questionnaire (HLQ) という質問紙を開発した⁵⁾。それは、基本的には、ヘルスリテラシーの診断ツールであり、これによって、その改善のために、どのようにその人やコミュニティをサポートできるのかがわかる。活用事例として、Ophelia (OPTimising HEalth LItErAcy) というプロジェクトも開発した⁸⁾。

HLQ は、全体で44項目からなる9つの尺度の自記式質問紙である。尺度の妥当性を重視し、ヘルスケアの利用者や一般住民の幅広い経験をインタビューやワークショップから集めて作成している。また従来の測定尺度で不足がちであった心理測定的手法に忠実に従い、確証的因子分析、項目反応理論を用いて開発している。その9つの領域は、次の通りである。

- 1) ヘルスケア提供者に理解されサポートされている感覚
- 2) 十分な情報を手に入れて自分の健康を管理すること
- 3) 積極的に自分の健康を管理していること
- 4) 健康のためのソーシャルサポート
- 5) 健康情報の評価
- 6) ヘルスケア提供者と積極的に関わることができること
- 7) ヘルスケアシステムを上手に利用できること

- 8) よい健康情報を見つけられること
- 9) 健康情報がよく理解できて何をすべきかがわかること

2. ヘルスリテラシーの測定尺度の多様性

続いては、オランダの Kristine Sorensen 氏が、ヘルスリテラシーの測定が多様性について報告した⁹⁾。HLS-EU のリサーチコーディネーターで、その中心人物の一人である。概要は次の通りである。

HLS-EU という調査に至る過程で、ヘルスリテラシーについてのシステマティックレビューを行い、まずその定義を明確にし、その背後にあるメカニズムを明らかにすることをめざした²⁾。作成したヘルスリテラシーの統合されたモデルは、ヘルスリテラシーが健康に関する意思決定のための情報にどのようにアクセスし (access)、理解し (understand)、評価し (appraise)、活用している (apply) かについて示したものである。そして、それは、ヘルスケア、疾病予防、ヘルスプロモーションの3つの領域にわたるものである (図1)。

先行研究から、すでにヘルスリテラシーは健康、健康行動、社会との関わりに影響を与えることはわかっている。その関連する範囲は、個人の特徴や地域の状況だけでなく、より広い社会をすべて含めるようにした。ヘルスリテラシーは個人レベルから集団レベルにわたること、またライフコースによって変化し、生活状況がヘルスリテラシー

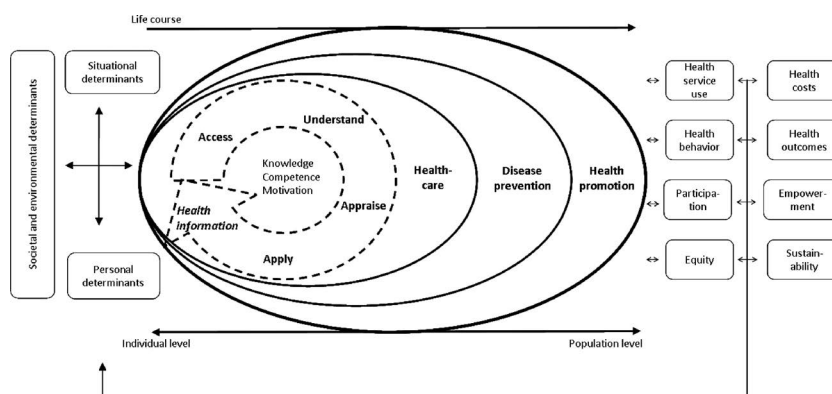


図1 Integrated model of health literacy

Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12: 80.

に影響することを示している。そして、このレビューを経て HLS-EU-Q という質問紙調査による尺度を開発した¹⁰⁾。

これまで開発されたヘルスリテラシーの測定尺度をリストにすると19以上になる。これほど多くあるのは、何を測りたいかによって測り方が異なってくるからで、分類すると主に次の3つのカテゴリーになる。

- 1) 臨床におけるスクリーニングテスト
- 2) ヘルスリテラシーの代理的 (proxy) 測定
- 3) 健康情報にアクセスし、理解し、評価して、利用する能力を直接的に測定

各尺度の焦点は、健康問題全般だったり、ヘルスケア、疾病予防、ヘルスプロモーションに分かれていたり、特定の疾患だったりする。また、基礎的なリテラシーや、読む能力、基礎的な計算能力のもの、医療者とのやり取り、情報を探す能力、意思決定するスキル、クリティカルシンキングを行う能力、ヘルスケアを使いこなすスキルなどが含まれている。測定方法が、自記式だったり、パフォーマンスを見るものだったりする。項目数は医師が使うようなスクリーニングツールでは少ない。他方、調査で質問紙を使う場合、HLS-EU-Q などの包括的なものは数が多い。測定にトレーニングが必要かどうかも違われ、点数化する方法も違う。

そのため、今後は、これらがどのような相関を持つのかを調べていく必要がある。様々な測り方を同時に行うことができるので、いくつか測ってみて、測りたいものとのギャップがわかれば、特別なツールを作る必要を感じるだろう。もうすぐ、測定尺度を使った研究についての提言を記した論文を公開する予定なので役立ててほしい。

HLS-EU-Q は、47項目からなる尺度で、HLQ と同様、広い範囲にわたる包括的なものである。図1にあったアクセス、理解、評価、活用の4つとヘルスケア、疾病予防、ヘルスプロモーションという3つの領域で、これらを掛け合わせて12次元について測定するものである。疾病予防とヘルス

プロモーションを分けているところが興味深い。

また、測定尺度の3つのカテゴリーの詳細は“ファクツ”に掲載されている。確認すると、代理的測定とは、ヘルスリテラシーの概念の範囲が不完全で、介入の開発の参考にならないものとなっている。より具体的な能力がわかる尺度でない介入に結び付かないということを意味している。

最後の、測定尺度を使った研究についての提言についての論文は、すでに公開されていて、研究を進める上での5つの提言などが記されている¹¹⁾。

3. 糖尿病のヘルスリテラシー教育における EU の取り組み

次は、HLS-EU のメンバーであるベルギーの Stephan Van de Broucke 氏による EU の糖尿病リテラシーのプロジェクトについてである¹²⁾。

始まったばかりであるが、このプログラムには次の4つがある。

- 1) 個人を対象としたもの
- 2) グループベースのもの
- 3) IT ベースのもの
- 4) セルフヘルプによるもの

これらによって、どれがどのような患者に効果的かを、患者のヘルスリテラシーの観点からみようとしている。そして、すべての情報提供の場面において、リテラシーが低い人にフレンドリーな介入を考えているという。詳しくはウェブへということで、サイト「DiabetesLiteracy」¹³⁾ が紹介された。

4. ヘルスリテラシーのある組織について

次いで、HLS-EU の主要メンバーであるオーストリアの Jurgen Pelikan 氏による報告である¹⁴⁾。ヘルスリテラシーのある組織 (health literate organizations) が、NCD の予防や改善に寄与してきたことについての報告である。

ヘルスリテラシーを病院などの医療機関に導入するにはどうしたらよいかを考えてきた¹⁵⁾。なぜなら、そこで NCD に対して多くのお金が使われているという状況の中で、1次予防2次予防、セルフマネジメントを、一緒にできないかという発

想によるものである。

ヘルスリテラシーは、人の能力と状況による要求 (situational demands) との関係から生まれる概念である。個人のヘルスリテラシーの問題だけでなく、ヘルスケア提供者がそれを必要とする状況をつくっているのであり、それらの関係に注目しなくてはならない。そのため、ヘルスリテラシーを向上するには次の3つへの介入が必要である。

- 1) 個人の能力の向上
- 2) 状況による要求 (situational demands) を減らすこと
- 3) 個人の能力と状況の要求の関係

そこで、アメリカの医学研究所 (Institute of Medicine, IOM) は、よりユーザーフレンドリーになるように組織を変えていくことを主張し、そのような組織には10の特徴があるという報告書を出している¹⁶⁾。例えば、ヘルスリテラシーが低いことをスティグマ化することなく、幅広いヘルスリテラシーを持つ人々のニーズに合わせるということが大切である。また、ヘルスリテラシーに合わせてコミュニケーションをとり、すべての接する機会を理解されているかを確認することも重要である。印刷物、AV教材、ソーシャルメディアのコンテンツはわかりやすく、行動を起こしやすいデザインで配布することも必要である。そして、1番シンプルな方法は、ユーザーに組織のトレーニング、マネジメント、ガバナンスに参加してもらうことである。そうすれば、いつもユーザーのフィードバックをもらえるからである。ヘルスリテラシーという新しい概念を古い働き方、組織のありかた、質の管理と統合していかななくてはならない。

ヘルスリテラシーが要求される状況をつくっている話は、Osborne 氏の話でも、“ファクツ”でも強調されている。この、ヘルスリテラシーに配慮できるという意味でヘルスリテラシーのある組織 (health literate organization) にしていくという方向性は、最近の大きな流れである。

5. イスラエルでのプライマリヘルスケアでの取り組み

最後に、イスラエルの Diane Levin-Zamir 氏の取り組みの報告があった¹⁷⁾。概要は次の通りである。

イスラエルでは、まずプライマリヘルスケアでの face to face のヘルスリテラシーに注目した。そのプログラムはヘブライ語で ‘You Can Make A Difference’ (あなたが変化を生み出せる) という¹⁸⁾。スタッフがコミュニティに働きかけて、ライフスタイルを改善し、自分で早期の慢性疾患を発見できるようにしようというものである。そのために、コミュニケーションの方法をわかりやすく変えることにした。なぜヘルスプロモーションや行動変容について話すのか、その本当の理由を知ってもらえるからである。

コミュニケーションの改善のために、Web ベースでのインタラクティブなプログラムを開発した。そのために、家庭医、看護師、ヘルスプロモーションの専門家、薬剤師、栄養士、理学療法士などで学際的なチームを作った。最初のプログラムは、健康ライフスタイルについてである。最新の科学的知見を提供することで、スタッフがエンパワーされ自信を持って話せるようにしている。これまでに150人の医師、看護師、栄養士の現場教育を行い、知識、スキル、満足度について、量的にも質的にも評価を行い、結果は良好である。彼らはコミュニティのリーダーになって活動していく人たちである。

このシンポジウムをまとめると、まず、問題を把握して介入を考えるためのツールとしてヘルスリテラシーの測定尺度が必要である。次に、たくさん開発された尺度の中から目的に合わせて適切なものを選ぶ必要がある。そして、ヘルスリテラシーのある組織に変えていくため、対象のヘルスリテラシーに合わせた様々な取り組みが世界で始まっていることが確認できた。

Ⅲ セッション「ヘルスリテラシーは公平と健康を推進する新しいフロンティアか？」

座長は、イギリスの Don Nutbeam 氏であった。機能的 (functional)、相互作用 (interactive)、批判的 (critical) の3つのレベルのヘルスリテラシー概念の提唱¹⁹⁾で知られている。

1. 批判的ヘルスリテラシーとは社会的決定要因を変える力

最初の報告は、イギリスの Jane Wills 氏によるものであった。批判的ヘルスリテラシーについての概念分析の論文²⁰⁾を出したばかりで、概要は次の通りである。

ヘルスリテラシーのアウトカムには、次の3つの次元がある。

- 1) 情報にアクセスし、理解し、評価する能力
- 2) ヘルスケアを活用できること
- 3) 健康の不平等の政治性に気が付き、個人または集団で健康の改善のために政治システムや社会運動を通して活動すること

この中でとくに3つ目に注目して、ヘルスリテラシー、公平 (equity)、社会的決定要因 (social determinants) というキーワードでレビューを行った。完全なシステムティックサーチではないが、論文は3本しか見つからず、ヘルスリテラシーがSDHとの関連で十分語られていないことが示された。そのうちの1つは、2008年のWHOのSDH委員会の報告書²¹⁾である。そこではヘルスリテラシーとして、SDHの情報にアクセスし、理解し、評価し、コミュニケーションできることの必要性に触れられていた。

Nutbeamによる2000年の論文¹⁹⁾における定義では、批判的ヘルスリテラシーは、「効果的な社会的政治的アクションのサポートへと向かわせる」とある。この論文では、その定義の前提として、批判的リテラシー (ヘルスは付かない) という個人が情報を評価できるスキルを紹介している。そのためか、社会的政治的アクションの側面が重要であるのに、その後の引用では、情報を評価できる

スキルとして扱われることが多くなってしまっている。

ヘルスリテラシーは、公平を強調したフロンティアである。もし人々が、政治的に活動的で、批判的ヘルスリテラシーがあれば、いかにフェアな状況でないかに気が付くであろう。それに関連しているのはコミュニティデベロップメントであり、それは問題を抱えた人々を明らかにし、ネットワークをつくり、組織化し、行動することである。

批判的ヘルスリテラシーとは、自分の問題を明確にし、どうしてそうなるのかの要因を知る能力であり、Sir Michael Marmotのいう“原因の原因”を知る能力である。例えば、それが高い人は、食事や運動で問題を抱えるコミュニティについて健康の視点から気づき、その原因が何かを考えられる人だろう。他者と手を組んで、それを変化させるために政治的な活動やアドボケート活動できる人だろう。

リテラシーに関する政治活動で知られ、エンパワーという言葉の生みの親である Paulo Freire を引用すれば、「言葉が読めれば、問題がわかる」ということである。そこでわかることは自分の状況についてであり、それは政治的社会的な活動をするということである。オタワ憲章でいえば、個人のスキルの向上だけでなく、コミュニティ活動の強化である。

ヘルスリテラシー研究に大きな影響を与えている Nutbeam 氏の論文についての重要な指摘であった。筆者も、この論文から批判的ヘルスリテラシーを紹介する機会にどちらなのか迷ったことがあるが、社会的政治的活動について紹介している。

2. ヘルスリテラシーと健康格差

次は、再び Sorensen 氏であった。概要は次の通りである。

私にとってヘルスリテラシーは、これまで無視されてきたヨーロッパあるいは世界での健康格差の問題である。EUで平均47%の人が自身の健康管理や意思決定が難しいということがわかったが、

これは驚くべき数値であった。これらの国は、福祉、ヘルスケア、教育において高い質を維持しているからである。これはヨーロッパでのパブリックヘルスにおけるチャレンジである。

ヘルスリテラシーは倫理的な規範 (ethical imperative) である。健康とは与えられるものではなく、創られ、維持され、高められるものであるのに、私たちの研究では、不幸なことに強い社会的勾配 (social gradient) がみられた。ヘルスリテラシーは、健康状態が悪い人、低学歴者、失業者、高齢者で低かった。Health for All のためには、このギャップを埋めなくてはならない。

ヘルスリテラシーのある社会 (health literate society) をつくるのに必要な3つの視点がある。Darcy Freedman によるパブリックヘルスリテラシー²²⁾ の3つの次元である。これは個人のヘルスリテラシーではなく、集団のヘルスリテラシーある。

1) 健康について議論できる概念的な基礎で、健康のため行動できる知識と能力

2) クリティカルなスキルで、自分たちの状況に対して、得られた情報からよく考え、評価し、判断する能力。先に Wills が指摘した批判的ヘルスリテラシーと重なるものである。ヘルスリテラシーがあるシステムの10の特徴¹⁶⁾ にも関連している。

3) 自分の健康、家族の健康、コミュニティや社会の健康に参加する姿勢。積極的社会参加のレベル (level of active citizenship) であり、Health Canada が (1) Inform/Educate, (2) Gather Information, (3) Discuss, (4) Engage, (5) Partner という5つのレベルを設定している²³⁾。

これら3つのうち、2番目や3番目は、EU 諸国でもローカルな例はあるものの国家レベルでできているものは少ない。古いシステムから新しいシステムに、変えていかななくてはならない。

また、健康について知りたい答えや議論は、今やネットの掲示板やフォーラムなどにあり、人々はそこにいるのだから、私たちはそこに行って参

加する必要がある。

3. メンタルヘルスリテラシーとその文化的な側面

続いては、カナダの Paola Ardiles 氏の報告であった。Ardiles 氏は、移民の健康問題、とくに女性のメンタルヘルスに取り組んできた。'Bridge for Health'²⁴⁾ というサイトでその活動が確認できる。概要は次の通りである。

公平とヘルスリテラシーをいつも一緒に考えているだろうか。移民、難民、矯正施設、刑務所の入所者、刑務所を出たり入ったりしている人が直面する問題の多くは、驚くほどどこかでヘルスリテラシーと文化に関連している。スタッフのみんなが言うのは、彼らが差別を受けているということである。それは女性であること、肌の色、貧困生活、精神疾患、薬物乱用などで、ヘルスリテラシーを考えると、これらの排除について考えさせられる。

カナダでは、インターセクトラルアプローチ (intersectoral approach) を開発した。政策立案者、現場の医療者、研究者で協働する手法である。ヘルスリテラシーを向上させるには実に多くの利害関係者が関わってくる。健康になるためにも人々には多様なバリアや排除がある。それでソーシャルインクルージョンモデルを基礎とした。

そのヘルスシステムでは、教育、職場、民間組織、そして多くの非政府セクターが重要である。多様性=ダイバーシティこそがヘルスリテラシーのための資産であり、公平の推進のためにはインクルージョンについて考えなくてはならない。

4. まとめとディスカッション

続いての、タイでの事例の報告は省略することとし、座長の Nutbeam 氏によるまとめの概要を紹介する。

ヘルスリテラシーには高低があり、社会的地位、言葉、文化が重要であることがわかった。健康教育の内容として、SDH を入れることで、個人だけでなく集団・コミュニティのアクションが必要なことが理解してもらえる。同じ情報であっても、それを理解して行動する上では、多様な環境、社

会経済的なバリアが存在する。健康教育では、その社会経済文化的な要因を理解し、それにセンシティブになる必要がある。人々にとっての理解と行動と環境の関係をすべて理解することが、ヘルスリテラシーとは何かを理解することになる。

さらに、それを受けた Willis 氏の発言内容についても紹介したい。

糖尿病などの NCD というと、ついあなたの問題だと言いがちで、自己管理のしかたが理解できれば問題ないと言ってしまふ。しかし、ヘルスプロモーション、健康教育でしなければならないことは、それが彼らだけの問題だけではなく、私たちの問題だということを理解してもらうことである。なぜ、このグループ、このコミュニティ、この集団がこの特有の問題を抱えているのか。私は誰とつながっていて、その問題に対して何ができるのかである。それが、オタワ憲章のアドボカシー、可能にする、調停するというスキルである。

世界中で、明らかにこれを行っていると思えるプロジェクトは、アメリカの“Just Health Action”²⁵⁾である。それは若者に批判的ヘルスリテラシーをおしえる活動で、実際に成果をあげてきている。また、Glenn Laverack 氏による最近の著書‘Health Activism’²⁶⁾を見れば、世界中のグループ活動が紹介されている。

Keith Tones は2002年にヘルスリテラシーは“new wine in old bottles”²⁷⁾ (古いものを新しいものと一緒をしている) なのかについて書き、私はのちに“old wine in new bottles”について書いた。一部の人は、昔からのヘルスプロモーションの話だと思っているかもしれないが、多くのヘルスプロモーション関係者はこれを“アンブレラターム (様々な概念を傘の下に入れた言葉)”だと思っていると思う。それは、公平を含めたもので、ヘルスリテラシーについて話しているときは、これまでの多くの概念が登場するのである。

ヘルスリテラシーには大きな反響があった。私たちが長い間距離を置こうとしてきた生物医学のパラダイムからもとても共感が得られている。そ

れは皮肉でもなくて、製薬業界も患者教育の点からヘルスリテラシーの概念に対して非常にサポータティブになっている。ヘルスリテラシーはヘルスプロモーションのように多くの人をひきつけてきている。

そして、最後には、ヘルスリテラシーの社会的勾配の問題について政策立案者に何と言うのかという議論になった。それに対してユニークな答えをしたのは、Sorensen 氏であった。「ヒューストン、問題が発生した (Houston, we have a problem.)」というアポロ13号の名台詞を引用し、私たちは対処しなければならないことがあると述べた。

座長の最後の言葉は、次は“裸の王様”というヘルスリテラシーに批判的なセッションでお会いしましょうというものであった。

IV ワークショップ「ヘルスリテラシーにおける“裸の王様 (“THE EMPEROR’S NEW CLOTHES”）」を避けるために一批判的な見方」

ヘルスリテラシーは、本当に新しい概念として存在意義を持つのかという視点からの議論であった。座長は、健康生成論 (Salutogenesis) の代表的研究者である Bengt Lindström 氏であった。

まずは、Pelikan 氏の報告であり、彼らが開発した HLS-EU-Q は、新しい服として存在しているのかそうではないのか、「有罪か無罪か (“Guilty or not guilty?”)」と問うた。

ヘルスリテラシーは、社会や学校や病院が求める能力に比べて高いか低いかというものである。HLS-EU-Q は、これまでのヘルスリテラシーの尺度と異なり、個人の能力だけでなく、日常生活の様々な状況でヘルスリテラシーがないと難しいかを測っている。言い換えれば、情報を手に入れて意思決定する行動が難しいか易しいかを尋ねている。また、資源の有無も重視して集団のアクションの項目も入れてある。EU8か国の分析では、機能的ヘルスリテラシーの尺度である NVS (Newest Vital Sign) よりも健康との関連が強かった。

ヘルスリテラシーは、ヘルスプロモーションにおける1つのコア概念である。オタワ憲章では、言葉も使われていなかったが、自分自身と自分が置かれている状況をコントロールできることである。それは、ナイロビ会議でより明確になっているし、WHO ヨーロッパの健康政策 Health 2020でもそうである。

大事なのは、ヘルスプロモーションにおいてコミュニケーションという特定の焦点をあてたところである。ヘルスリテラシーは情報社会におけるコミュニケーションを目的とした情報マネジメントであり、変えることができるSDHである。わかりやすい言葉を使うと言っても、リテラシーは考えても、ヘルスリテラシーについては考えていないことが多い。必要なのはヘルスリテラシーを考えた組織の発展である。

テクノロジーやニューメディアの問題は大きい。eヘルスリテラシーはヘルスリテラシーの一部としてますます重要である。今の社会は情報過多で、様々な質のエビデンスがあふれていて、とても難しい。したがって、“NHS Direct”のような質の高いシステムが必要である。患者や消費者が質問できて信頼できる専門家の答えがいつでも帰ってくるようなシステムである。ヘルスプロモーションは、人々とヘルスリテラシーを結びつけるプロセスであり、健康教育者やヘルスプロモーターは、人々のヘルスリテラシーに関心を持ち、それに合わせて情報を提供しなければならない。

さらに、Sorensen氏が次のように発言した。

例えるなら“裸の王様”ではなくて“みにくいアヒルの子”である。人生を通して変化するもので、それはどれだけ学べる環境にあるかにかかっている。HLS-EUによって、現在、多くの人が、情報を自分自身の健康や状況に合わせて適用するのが難しいという、今まで隠れていたことがわかってきた。たとえ情報に平等にアクセスできて、理解できたとしても、まだ2ステップ残っていて、それが自分にとって適切か判断し、実行するかどうかの意思決定ができないということである。

WHO ヨーロッパ事務局は、Health 2020でそれを強調し、アメリカはすでに2010年にヘルスリテラシー向上のためのナショナルアクションプラン²⁸⁾を作った。オーストラリアとカナダはヘルスリテラシーのためのインターセクショナルモデルをつくり、アジアでもコミュニティレベルや国家レベルで取り組み始めている。私にとって、ヘルスリテラシーのおとぎ話はハッピーエンドで、ヘルスリテラシーは美しい白鳥になる。

同じアンデルセン童話で切り返したところが面白かった。それに対して、それなら美しいペリカン(Pelican氏に掛けて)になるかどうかに興味があるというユーモアあふれた発言もあった。さらに、Nutbeam氏の次のようなまとめがあった。

“裸の王様”で言えば、服は着ているだろう。見えて、観察し、測ることができる。少しの古い服しかなかったのに、今は新しいものを手に入れた。それは今とてもファッションナブルである。もちろん流行には廃りもあるが、今はこの流れに従うべきだと思う。

子どものことを考えて欲しい。子供が学校で学ぶことはごく一部で、家族、地域、メディア、最近ではニューメディアの影響が大きい。私たちが読み書きそろばんというリテラシーが持てる社会をつくる理由は、リテラシーのある人々はエンパワーされて社会経済的な生活に前向きに参加できるからである。ヘルスリテラシーも全く同じである。私たちは、人々がもっと希望を持って健康の意思決定に参加できるようにエンパワーしたい。それは個人の健康だけでなく、集団の健康における意思決定である。

V おわりに

最新の研究をリードする人たちが一堂に会して行う会議で、ヘルスプロモーションにおける1つのコア概念としてのヘルスリテラシーの存在意義がよく理解できたといえよう。ヘルスリテラシーは、これまでの多くの概念と公平を含む“アンブレラターム”だという発言があった。筆者は、健

康に関して誰もがつながることができる共通の新しい“看板”だと述べてきていたが、あながち間違いではないと思えた。そしてさらに、ヘルスリテラシーによってヘルスプロモーションの原点、オタワ憲章を再確認する必要があること、またヘルスリテラシーは変えられるSDHの一つでもあるという見方が重要であると考えられた。

ここでの報告は、なるべく現場の臨場感や雰囲気再現することを優先し、ヘルスリテラシーのいわば“匂”を伝えることを目指したともいえる。今回の動向を含めて、ヘルスリテラシーとヘルスプロモーション、SDHについては、筆者が運営している『健康を決める力：ヘルスリテラシーを身に付ける』²⁹⁾という市民・患者と医療者のためのサイトに書いているので、そちらをご覧くださいければ幸いです。

利益相反

利益相反に相当する事項はない

文 献

- 1) WHO Regional Office for Europe. Health literacy: The solid facts. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf (2013年12月12日にアクセス).
- 2) Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 12: 80.
- 3) 21st IUHPE World Conference on Health Promotion 2013. <https://www.facebook.com/IUHPE2013> (2013年12月12日にアクセス).
- 4) Osborne R, Batterham R. The contribution of health literacy to the global burden of disease and meeting the millennium development goals. The 21st IUHPE World Conference on Health Promotion 2013.
- 5) Osborne R, Batterham R, Elsworth G, et al. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013; 16: 658.
- 6) United Nations Economic and Social Council (ECOSOC). Health Literacy and the Millennium Development Goals. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10810730.2010.499996#.Uob-s9K0yo> (2013年12月12日にアクセス).
- 7) United Nations Economic and Social Council (ECOSOC). MINISTERIAL DECLARATION-2009 HIGH-LEVEL SEGMENT: Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health. http://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/pdf09/ministerial_declaration-2009.pdf (2013年12月12日にアクセス).
- 8) Public Health Innovation Deakin. Ophelia. <http://www.deakin.edu.au/health/research/phi/OPHELIA.php> (2013年12月12日にアクセス).
- 9) Sørensen K, Haun J, McCormack L, et al. The art and science of selecting appropriate health literacy measures in non-communicable disease research and practices. The 21st IUHPE World Conference on Health Promotion 2013.
- 10) Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, et al. HLS-EU Consortium. 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.
- 11) McCormack L, Haun J, Sørensen K, Valerio M. Recommendations for advancing health literacy measurement. *J Health Commun*. 2013; 18 Suppl 1: 9-14.
- 12) Van den Broucke S. On the research horizon: integrating health literacy in diabetes self-management education. The 21st IUHPE World Conference on Health Promotion 2013.
- 13) FP7 Diabetes Literacy project. DiabetesLiteracy. <http://www.diabetesliteracy.eu/> (2013年12月12日にアクセス).
- 14) Pelikan J, Dietscher C, Röthlin F, Schmied H. The contribution of health literate organizations to preventing and managing NCDs/CD- a new strategy in closing the gap. The 21st IUHPE World Conference on Health Promotion 2013.
- 15) Pelikan J, Krajic K, Dietscher C. The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Educ Couns*. 2001; 45: 239-43.
- 16) Brach C, Dreyer B, Schyve P, et al. Attributes of a Health Literate Organization. Institute of medicine, 2012. http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_HLit_Attributes.pdf (2013年12月12日にアクセス).

- 17) Levin-Zamir D. Getting the community involved: innovations in building capacity / reducing health literacy barriers for NCD/Chronic disease prevention and self-care. The 21st IUHPE World Conference on Health Promotion 2013.
- 18) National Research Council. Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press; 2013.
- 19) 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: 259–267.
- 20) Sykes S, Wills J, Rowlands G, et al. Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health.* 2013; 13: 150.
- 21) CSDH. 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. World Health Organization, 2008. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html (2013年12月12日にアクセス).
- 22) Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, et al. Public Health Literacy Defined. *Am J Prev Med.* 2009; 36: 446–451.
- 23) Health Canada. The Health Canada Policy Toolkit for Public Involvement in Decision Making. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_public-consult/2000decision/index-eng.php (2013年12月12日にアクセス).
- 24) Bridge for Health. <http://www.bridgeforhealth.org/> (2013年12月12日にアクセス).
- 25) Just Health Action. <http://justhealthaction.org/> (2013年12月12日にアクセス).
- 26) Laverack G. *Health Activism: Foundations and Strategies.* London: SAGE Publications; 2013.
- 27) Tones K. Health literacy: new wine in old bottles? *Health Educ Res.* 2002; 17: 287–90.
- 28) U.S. Department of Health and Human Services. National Action Plan to Improve Health Literacy. <http://www.health.gov/communication/hlactionplan/> (2013年12月12日にアクセス).
- 29) 中山和弘. 『健康を決める力：ヘルスリテラシーを身に付ける』. <http://www.healthliteracy.jp/> (2013年12月12日にアクセス).
(受付 2013.12.17. ; 受理 2014.1.25.)

Health literacy and health promotion, health education and social determinants of health

Kazuhiro NAKAYAMA^{*1}

Abstract

Objective: This report introduced presentations and discussions of sessions on health literacy at the 21st IUHPE World Conference on Health Promotion 2013.

Results: Measures assessing health literacy are needed as tools for supporting individuals who face difficulties in making appropriate health decisions with health information. More comprehensive new scales were introduced at the conference, which had been developed with not only the individual in mind but also the broader society in their definitions of health literacy as a construct. This change reflects the growing realization that health literacy is fundamental in bridging the gap between quality healthcare and an increasingly diverse modern society. Presentations on the European Health Literacy Survey, in particular, highlighted the presence of a social gradient in health literacy along with the vital role of health literacy measures and interventions in reducing health disparities and ensuring equity. Health literacy was regarded as the empowerment; with the recent introduction of many actions worldwide, the communication of much needed health information across various levels of health literacy was observed.

Conclusion: Beyond being a core concept of health promotion, health literacy was shown to be an “umbrella term” under which many salient concepts abound, including equity. It is also one of measurable and modifiable social determinants of health.

[JJHEP, 2014 ; 22(1) : 76-87]

Key words: health literacy, health promotion, health education, social determinants of health, health information

^{*1} St. Luke's College of Nursing