

日本における40代から70代の性別、年代別 健康増進ライフスタイル、ヘルスリテラシーの現状

イモト チェ ナカイ ヤマダ カズコ モリオカ イクハル
井本 知江*1 中井 あい*1 山田 和子*2 森岡 郁晴*3

目的 日本における40代から70代の性別、年代別健康増進ライフスタイル、ヘルスリテラシーの評価値を明らかにし、健康増進ライフスタイル、ヘルスリテラシーに関わる今後の研究の基礎資料を提供する。

方法 対象者は40～79歳の男女1,197名とし、調査は郵送による無記名の自記式質問紙法で行った。健康増進ライフスタイルの把握には日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール（以下、HPLP II）を、ヘルスリテラシー（以下、HL）の把握には14-item Health Literacy Scaleを用いた。性別にHPLP II、HLの合計得点と下位尺度の得点の平均値をt検定で比較した。さらに、年代別にHPLP II、HLの合計得点と下位尺度の得点の平均値を一元配置分散分析で比較し、有意差があった項目はTukeyまたはGames-Howellで差の検定を行った。加えて、年代による変化傾向をみるためTrend検定を行った。

結果 有効回答率は男性37.6%、女性41.9%であった。HPLP IIの合計得点の平均値は、男性 2.53 ± 0.38 （平均±標準偏差）点、女性 2.69 ± 0.35 点であった。合計得点と下位尺度の平均値はいずれも男性が女性を下回り、合計得点、健康の意識、人間関係、栄養、ストレス管理において有意差があった。また、男性、女性とも年代が上がるにつれて合計得点の平均値が有意に高くなる傾向にあった。性別HLの合計得点の平均値は、男性 51.65 ± 8.52 点、女性 55.61 ± 8.04 点であった。合計得点と下位尺度の平均値はいずれも男性が女性を下回り、合計得点、相互作用のHL、批判的HLにおいて有意差があった。また、男性、女性とも年代が上がるにつれて合計得点の平均値が有意に低くなる傾向にあった。

結論 HPLP IIの合計得点、健康の意識、人間関係、栄養、ストレス管理の平均値は男性が女性に比べて有意に低く、男女とも年代が上がると合計得点の平均値は有意に高くなった。性別HLの合計得点、相互作用のHL、批判的HLの平均値は男性が女性に比べて有意に低く、男女とも年代が上がると合計得点の平均値は有意に低くなった。

キーワード 健康増進ライフスタイル、ヘルスリテラシー、性別、年代別

I 緒 言

健康とライフスタイルとの関連は注目され、健康の保持、増進に向けたライフスタイルの改善は「健康日本21」¹⁾の課題である。健康の保持、

増進という観点から重要な基本的要素であるライフスタイルを、身体活動、栄養、心のあり方、社会的な人間関係などから幅広く捉える尺度として、日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール II（以下、HPLP II）²⁾がある。日本人

* 1 元和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科博士前期課程院生

* 2 和歌山県立医科大学保健看護学部名誉教授 * 3 同教授

の健康増進ライフスタイルの構成要素を解析するために、または各国の状況や特定集団のデータと比較するために有用な測定ツールである。

日本人を対象にHPLPⅡを用いた先行研究では、65歳以上の高齢者に対する調査³⁾や中高年女性に対する調査⁴⁾、大学生に対する調査⁵⁾、農業従事者と非農業従事者に対する調査⁶⁾などがある。これらの文献について、HPLPⅡを比較検討する際には、年齢が限られていたり、職業が限定されていたりする。

一方、健康の保持、増進には、日常生活における疾病予防や健康情報について判断したり、意思決定をしたりすることが重要である。そのためには、健康情報を入手し、理解し、評価し、活用しなければならない。「健康情報を入手し、理解、評価、活用するための知識、意欲、能力」と定義されるヘルスリテラシー（以下、HL）⁷⁾を測定するために、特定の疾患をもたない一般市民向けに作成した尺度として、14-item Health Literacy Scale（以下、HLS-14）⁸⁾がある。この尺度を用いることで、不十分なHLにつながる要因やHLがもつ健康への影響をより詳細に分析することが可能になる⁹⁾。

日本人を対象にHLS-14を用いた先行研究では、65歳以上の地域在住高齢者に対する調査¹⁰⁾¹¹⁾、外来患者に対する調査¹²⁾¹³⁾、35～59歳のWeb調査参加者に対する調査¹⁴⁾、住民基本台帳から無作為抽出した20～80歳のうちかかりつけ医がいる者に対する調査¹⁵⁾などがある。これらの文献について、HLを比較検討する際には、年齢が限られていたり、特定の疾患を有する者に限定されていたりする。

HPLPⅡについては住民基本台帳から無作為抽出した18～64歳（1,176人）に対する調査¹⁶⁾はあるが、年代別に2値（18～49歳、50～64歳）に分けており、性別、年齢別に比較検討する際の基準となるような先行研究は少ない。また、HLS-14についても住民基本台帳から無作為抽出した先行研究は少ない。そこで、本研究は、日本における40代から70代のHPLPⅡとHLS-14の性別、年代別の評価値を明らかにし、HPLPⅡ、HLS-14に関わる今後の研究の基礎

資料を提供する。

Ⅱ 研究方法

(1) 対象者

対象者は和歌山県紀の川市に住民票を有する40～79歳までの1,200名とし、10歳階級別に男女各150名をそれぞれ住民基本台帳から無作為に抽出した。

(2) 調査方法・調査期間

紀の川市の担当者に研究の目的、調査内容、方法を文書と口頭で説明し、住民の健康管理を所掌している部署の長に文書で承諾を得ると共に、対象者の抽出を依頼した。調査は郵送による無記名の自記式質問紙調査法とした。調査票の送付・回収は紀の川市の協力を得て行った。対象者には調査票と共に、調査の主旨や目的などを記載した依頼文と返信用封筒を送付した。

調査は2017年3月に実施した。

(3) 調査内容

1) 属性

属性として、年齢、性別、同居家族、就業形態、治療中の病気の有無、喫煙状況、飲酒状況について質問した。同居家族は、「どなたと一緒に住んでいますか」という質問で、「配偶者」「父・母」「子ども」「子どもの配偶者」「兄弟姉妹」「祖父・祖母」「孫」「いない（一人暮らし）」「その他」の中から複数回答とし、回答結果から、「単独世帯」「核家族」「大家族」に分類し、集計した。就業形態は、「お仕事の形態はどれですか」という質問項目で、「自営業主・家族従業者」「会社・団体等の役員」「正規の職員・従業者」「パート・アルバイト」「派遣社員・契約社員」「内職」「専業主婦（夫）」「学生」「無職」「その他」の中から単数回答（2つ以上の場合は収入が多い方を選択）とし、「自営業主・家族従業者」「会社・団体等の役員」「正規の職員・従業者」を「正規職員」、「パート・アルバイト」「派遣社員・契約社員」を「非正規職員」、「内職」「専業主婦

(夫)「学生」「無職」を「無職」に分類し、集計した。喫煙状況は、「ふだん煙草を吸いますか」という質問で、「吸っている」「やめた」「以前から吸わない」の3件法を用いた回答とした。飲酒状況は、「ふだんお酒を飲みますか」という質問で、「ほぼ毎日飲む」から「全く飲まない」までの5件法を用いた回答とした。

2) 健康を増進するライフスタイル

健康を増進するライフスタイルの測定には、魏らのHPLPⅡ²⁾を使用した。これは、Walkerが開発したHPLPⅡ英語原版¹⁷⁾を翻訳したもので、信頼性と妥当性が検証されている²⁾。健康増進ライフスタイルを測定する有用なツールであり、心のあり方や人間関係などを含む健康増進ライフスタイルに焦点をあてている点に特徴がある。6領域、①健康の意識(9項目)、②精神的成長(9項目)、③身体活動(8項目)、④人間関係(9項目)、⑤栄養(9項目)、⑥ストレス管理(8項目)の52項目で構成されている。質問に対して「全くない」から「いつもある」までの4件法を用いた回答とし、1から4点の4段階評定で、52項目の合計得点と領域ごとの得点から平均値を算出した。平均値は1～4点の範囲となり、高得点ほど健康を増進するライフスタイルであると判断する。

3) ヘルスリテラシー (HL)

HLの測定には、SukaらのHLS-14⁸⁾を使用した。これは、Ishikawaらが、慢性疾患をもつ患者向けに開発したFCCHL尺度(Functional Communicative and Critical Health Literacy Scale)¹³⁾を特定の疾患をもたない健康な市民向けに修正したものである⁹⁾。HLS-14は、機能的HL(情報を理解する能力¹⁸⁾、5項目)、相互作用的HL(周囲の人とコミュニケーションを取り、協力的な環境の中で行動する能力¹⁸⁾、5項目)、批判的HL(周囲が必ずしも協力的でない環境の中で、周囲に働きかけていく能力¹⁸⁾、4項目)の3つの下位尺度で構成されている。質問に対して「全くそう思わない」から「強くそう思う」までの5件法による回答とし、1から5点の5段階評定で、14項目の合計得点および下位尺度ごとの得点を算出した。合計得点は14

～70点の範囲で、各下位尺度は5項目で5～25点、4項目で4～20点の得点範囲となる。高得点ほどHLが高いと判断する。

(4) 分析方法

性別に分類し、その後、年齢を「40～49歳(40代)」「50～59歳(50代)」「60～69歳(60代)」「70～79歳(70代)」に分類した。

HPLPⅡ、HLの合計得点と下位尺度の得点の平均値を、性と年代による二元配置分散分析で比較した結果、HPLPⅡの「身体活動」で交互作用が認められたが、他の項目は交互作用が認められなかった。一方、性の主効果は、「精神的成長」「身体活動」を除く全項目で認められた。このため、性別のHPLPⅡ、HLの合計得点と下位尺度の得点の平均値をt検定で比較した。さらに、年代別のHPLPⅡ、HLの合計得点と下位尺度の得点の平均値を一元配置分散分析で比較し、有意差があった項目はTukeyまたはGames-Howellで差の検定を行った。加えて、年代による変化の傾向をみるためTrend検定を行った。先行研究と本研究との値の比較にはt検定を用いた。

統計解析にはSPSS Ver.24を使用し、有意確率は5%未満とした。

(5) 倫理的配慮

対象者には調査票と共に、調査の目的と内容、実施方法、調査への協力は自由意思であり不参加による不利益はないこと、調査で知り得た情報は目的以外に使用しないことについて説明した依頼文と返信用封筒を同封した。調査票の返送をもって同意が得られたものとした。

本研究の詳細な結果は紀の川市に報告している。

和歌山県立医科大学倫理審査委員会の承認後に実施した(2017年2月8日No.1960)。

Ⅲ 研究結果

(1) 回答状況と回答者の背景

対象者数は、転出先が不明等で調査票が返送

されてきた者を除外したので、男性598名、女性599名の計1,197名であった。回収数は、男性

229名（回収率38.3%）、女性254名（42.4%）であった。このうち、年齢が未記入の者、調査項目に未記入が多い者を除外した。HPLPⅡ、HLは、下位尺度ごとに3項目以上の未記入があれば除外し、2項目以下の場合には、その項目の男女別年代別の平均値を代入した。その結果、有効回答数は男性225名（有効回答率37.6%）、女性251名（41.9%）であった。

表1 属性

(単位 名)

	男性 (n = 225)		女性 (n = 251)	
	n	%	n	%
年齢				
40～49歳	34	15.1	45	17.9
50～59	35	15.6	54	21.5
60～69	69	30.7	76	30.3
70～79	87	38.7	76	30.3
家族構成				
単独世帯	11	4.9	17	6.8
核家族	157	70.4	158	62.9
拡大家族	55	24.7	76	30.3
配偶者の有無				
いる	185	83.0	196	78.1
いない	38	17.0	55	21.9
就業形態				
正規職員	133	59.6	65	26.1
非正規職員	20	9.0	58	23.3
無職	70	31.4	126	50.6
治療中の病気の有無				
あり	140	62.2	161	64.1
なし	85	37.8	90	35.9
喫煙				
吸っている	50	22.3	15	6.0
やめた	107	47.8	21	8.4
以前から吸わない	67	29.9	215	85.7
飲酒				
ほぼ毎日飲む	98	43.6	25	10.0
週1～5日飲む	34	15.1	36	14.3
ほとんどまたは全く飲まない	93	41.3	190	75.7

注 無回答を除く

属性を表1に示す。男性、女性とも60代、70代の回答者が多かった。平均年齢は、男性64.0±10.9（平均±標準偏差）歳、女性61.7±10.9歳であった。家族構成は、男性、女性とも核家族が最も多かった。配偶者のいる者は、男性83.0%、女性78.1%であった。就業形態について

表2 性別HPLPⅡの状況

	男性 (n = 219)		女性 (n = 248)		
	平均値	SD	平均値	SD	
HPLPⅡ合計	2.53	0.38	2.69	0.35	<0.001
健康の意識	2.36	0.51	2.54	0.46	<0.001
精神的成長	2.59	0.54	2.67	0.52	ns
身体活動	1.99	0.62	2.01	0.64	ns
人間関係	2.79	0.49	3.08	0.42	<0.001
栄養	2.67	0.45	2.92	0.40	<0.001
ストレス管理	2.72	0.45	2.85	0.46	0.004

注 SD：標準偏差，t検定，ns：有意差なし

表3-1 年代別HPLPⅡの状況 男性 (n=219)

	①40代 (n = 34)		②50代 (n = 34)		③60代 (n = 68)		④70代 (n = 83)		一元配置分散分析			trend 検定
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD	①③	①④	②④	
HPLPⅡ合計	2.42	0.31	2.44	0.41	2.53	0.40	2.60	0.36				0.009
健康の意識	2.17	0.43	2.33	0.58	2.36	0.50	2.45	0.51				0.010
精神的成長	2.65	0.58	2.49	0.52	2.58	0.54	2.62	0.54				ns
身体活動	1.85	0.54	1.91	0.61	2.03	0.63	2.06	0.64				ns
人間関係	2.74	0.46	2.71	0.49	2.76	0.50	2.88	0.50				0.045
栄養	2.41	0.43	2.54	0.55	2.68	0.39	2.81	0.40	0.012	<0.001	0.014	<0.001
ストレス管理	2.71	0.40	2.65	0.48	2.74	0.47	2.75	0.44				ns

注 SD：標準偏差，一元配置分散分析：その後の検定はTukeyまたはGames-Howell，ns：有意差なし

表3-2 年代別HPLPⅡの状況 女性 (n=248)

	①40代 (n = 44)		②50代 (n = 54)		③60代 (n = 76)		④70代 (n = 74)		一元配置分散分析				trend 検定
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD	①③	①④	②③	②④	
HPLPⅡ合計	2.58	0.31	2.55	0.33	2.76	0.31	2.78	0.38	0.030	0.009	0.004	0.001	<0.001
健康の意識	2.38	0.42	2.48	0.44	2.59	0.43	2.65	0.48		0.008			<0.001
精神的成長	2.73	0.54	2.53	0.51	2.73	0.46	2.69	0.56					ns
身体活動	1.68	0.50	1.76	0.49	2.09	0.67	2.31	0.63	0.001	<0.001	0.010	<0.001	<0.001
人間関係	3.12	0.45	2.93	0.35	3.14	0.40	3.09	0.46			0.019		ns
栄養	2.68	0.45	2.80	0.37	3.02	0.35	3.05	0.36	<0.001	<0.001	0.006	0.002	<0.001
ストレス管理	2.80	0.39	2.74	0.52	2.92	0.38	2.88	0.51					ns

注 SD：標準偏差，一元配置分散分析：その後の検定はTukeyまたはGames-Howell，ns：有意差なし

て、男性は正規職員が、女性は無職が最も多かった。治療中の病気のある者は、男性、女性とも60%台であった。喫煙状況について、男性はやめたが47.8%、女性は以前から吸わないが85.7%と最も多かった。飲酒状況について、男性はほぼ毎日飲むが43.6%、女性はほとんどまたは全く飲まないが75.7%と最も多かった。

(2) HPLP II の状況

性別HPLP II 合計得点と下位尺度の平均値、標準偏差を表2に示す。合計得点の平均値は、男性2.53±0.38(平均±標準偏差)点、女性2.69±0.35点であった。下位尺度の得点の平均値は、男性、女性とも人間関係が最も高く、身体活動が最も低かった。性別の比較では、合計得点と下位尺度の平均値はいずれも男性が女性を下回り、合計得点、健康の意識、人間関係、栄養、ストレス管理において有意差があった。

表4 性別HLの状況

	男性(n=211)		女性(n=232)		
	平均値	SD	平均値	SD	
HL合計	51.65	8.52	55.61	8.04	<0.001
機能的HL	19.65	4.75	20.49	4.32	ns
相互作用的HL	18.17	3.90	19.88	3.92	<0.001
批判的HL	13.83	3.53	15.24	2.90	<0.001

注 SD: 標準偏差, t検定, ns: 有意差なし

表5-1 年代別HLの状況 男性(n=211)

	①40代 (n=34)		②50代 (n=35)		③60代 (n=68)		④70代 (n=74)		一元配置 分散分析 ③④	trend 検定
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD		
HL合計	54.24	7.79	50.91	8.19	52.32	8.66	50.20	8.68	0.032	0.037
機能的HL	20.35	4.26	18.69	5.14	19.44	4.91	19.98	4.64		ns
相互作用的HL	19.03	3.66	18.29	3.06	18.49	3.93	17.43	4.26		ns
批判的HL	14.85	3.69	13.94	2.88	14.40	2.73	12.78	4.13		0.007

注 SD: 標準偏差, 一元配置分散分析: その後の検定はTukeyまたはGames-Howell, ns: 有意差なし

表5-2 年代別HLの状況 女性(n=232)

	①40代 (n=44)		②50代 (n=54)		③60代 (n=72)		④70代 (n=62)		一元配置 分散分析 ①④	trend 検定	
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD			
HL合計	58.56	6.44	55.24	6.59	56.33	8.49	53.01	8.94	0.002	0.005	
機能的HL	21.94	3.04	20.28	3.93	20.63	4.33	19.47	5.13		0.013	ns
相互作用的HL	20.80	3.53	19.87	3.05	20.10	3.90	19.00	4.72		ns	
批判的HL	15.82	2.70	15.09	2.34	15.61	2.83	14.54	3.41		ns	

注 SD: 標準偏差, 一元配置分散分析: その後の検定はTukeyまたはGames-Howell, ns: 有意差なし

男性の年代別HPLP II 合計得点と下位尺度の平均値、標準偏差を表3-1に示す。栄養では40代と60代、40代と70代、50代と70代で年代間の平均値に有意差があった。合計得点、健康の意識、人間関係、栄養の平均値は年代が上がるにつれて高くなる傾向にあり、その傾向は有意であった。

女性の年代別HPLP II 合計得点と下位尺度の平均値、標準偏差を表3-2に示す。合計得点、身体活動、栄養では40代と60代、40代と70代、50代と60代、50代と70代で、健康の意識では40代と70代で、人間関係では50代と60代で年代間の平均値に有意差があった。合計得点、健康の意識、身体活動、栄養の平均値は年代が上がるにつれて高くなる傾向にあり、その傾向は有意であった。

(3) HLの状況

性別HL合計得点と下位尺度の平均値、標準偏差を表4に示す。合計得点の平均値は、男性51.65±8.52点、女性55.61±8.04点であった。性別の比較では、合計得点と下位尺度の平均値はいずれも男性が女性を下回り、合計得点、相互作用的HL、批判的HLにおいて有意であった。

男性の年代別HL合計得点と下位尺度の平均値、標準偏差を表5-1に示す。批判的HLでは60代と70代で年代間の平均値に有意差があった。合計得点、批判的HLの平均値は年代が上がるにつれて低くなる傾向にあり、その傾向は有意であった。

女性の年代別HL合計得点と下位尺度の平均値、標準偏差を表5-2に示す。合

計得点、機能的HLでは40代と70代で年代間の平均値に有意差があった。合計得点の平均値は年代が上がるにつれて低くなる傾向にあり、その傾向は有意であった。

Ⅳ 考 察

(1) HPLPⅡについて

1) 先行研究との比較

本研究の結果を先行研究と比較すると、Zhangら¹⁶⁾の18～64歳の男女1,176名(男性512名 平均年齢45.4歳, 女性664名 44.7歳)の平均値は、男性で合計得点2.45点, 健康の意識2.20点, 精神的成長2.59点, 身体活動1.82点, 人間関係2.81点, 栄養2.58点, ストレス管理2.67点であり, 合計得点, 健康の意識, 身体活動, 栄養において本研究の方が有意に高かった。女性では合計得点2.61点, 健康の意識2.44点, 精神的成長2.68点, 身体活動1.81点, 人間関係3.07点, 栄養2.84点, ストレス管理2.76点であり, 合計得点, 健康の意識, 身体活動, 栄養, ストレス管理において本研究の方が有意に高かった。また, Zhangらの研究の平均年齢に合わせて, 本研究の40代(男性44.4歳, 女性44.8歳)と比較すると, 男性, 女性とも栄養において本研究の方が有意に低かった。他の下位尺度では差がみられなかった。この要因については, 今回の調査内容では明らかにすることができず, 今後生活背景を含めた研究を行う必要があると考える。

三好ら³⁾の健康増進のために積極的に活動している65歳以上150名(男性68名, 女性82名, 全体の平均年齢72.4歳)の平均値は, 男性で健康の意識2.58点, 精神的成長2.76点, 身体活動2.36点, 人間関係3.01点, 栄養2.89点, ストレス管理2.90点であり, すべての項目において本研究の方が有意に低かった。女性では健康の意識2.65点, 精神的成長2.98点, 身体活動2.43点, 人間関係3.18点, 栄養3.06点, ストレス管理3.03点であり, 精神的成長, 身体活動, 栄養, ストレス管理において本研究の方が有意に低かった。また, 三好らの研究の平均年齢に合わ

せて, 本研究の70代(男性74.1歳, 女性74.0歳)と比較すると, 男性は, 身体活動, ストレス管理において本研究の方が有意に低かった。女性は精神活動, ストレス管理において本研究の方が有意に低かった。三好らの対象者は健康増進活動を行っているため, 得点が高くなっていったと考えられる。

2) 性別の比較

性別HPLPⅡの状況を見ると, 本研究では, 合計得点と下位尺度の平均値はいずれも男性が女性を下回り, 合計得点, 健康の意識, 人間関係, 栄養, ストレス管理において有意差があった。健康の意識, 人間関係, 栄養, ストレス管理の男性の平均値が女性に比べて低かったことは, 先行研究³⁾⁶⁾¹⁶⁾と同様の結果であった。

3) 年代別の比較

年代別HPLPⅡの状況を見ると, 本研究では, 男性は合計得点, 健康の意識, 人間関係, 栄養において年代が上がるほど平均値が有意に高くなる傾向にあった。特に栄養は年代間で有意差があった。女性は合計得点, 健康の意識, 身体活動, 栄養において年代が上がるほど平均値が有意に高くなる傾向にあった。特に合計得点, 健康の意識, 身体活動, 栄養については年代間で有意な差があった。

年代によるHPLPⅡの傾向をみた先行研究は少なく, 65歳以上を対象とした三好ら³⁾の研究では年代間に有意差はなかった。本研究においても, 男女とも60代と70代で有意な差はみられなかった。仮に, Zhangら¹⁶⁾の18～64歳の男女1,176名(男性512名 45.4歳, 女性664名 44.7歳)と三好ら³⁾の積極的に健康増進活動を行っている65歳以上150名(男性68名, 女性82名 全体の平均年齢72.4歳)の結果を比較すると, 三好らの方が, 男女ともすべての下位尺度で平均値は有意に高かった。日頃から積極的に健康増進活動をしている者は健康行動をとること, また, 高齢になると疾患を有する者が多くなり¹⁹⁾, そのため自らの健康を意識し²⁰⁾, 健康行動をとるようになることが考えられる。

(2) HLについて

1) 先行研究との比較

本研究の結果を先行研究と比較すると、大塚ら¹¹⁾の地域在住高齢者330名(男性104名, 女性226名, 全体の平均年齢73.8歳)のHLS-14の平均値は, 男性, 女性合わせて合計得点51.5点, 機能的HL20.2点, 相互作用のHL18.1点, 批判的HL13.3点であった。性別によるHLの違いを考慮し, 大塚らの研究の男女のデータ数の比率に本研究の男女比率を合わせるために, 仮に, 本研究の70代男性74名と女性124名(女性62名の2倍)を足した198名(平均年齢73.7歳)でHLS-14の平均値を比較すると有意差はなかった。大塚らの研究は65歳以上の高齢者であり, 40代, 50代, 60代の比較はできなかったため, 今後検討する必要がある。

2) 性別の比較

性別HLの状況をみると, 本研究では, 合計得点, 相互作用のHL, 批判的HLにおいて男性は女性に比べて平均値が有意に低かった。これは, Sukaらの研究⁸⁾の50代, 60代と同様の結果であった。Sukaらの研究⁸⁾の40代では, 全項目について男性が女性に比べて有意に低い結果であった。男性は女性に比べて, 日ごろから健康や病気に関する情報収集をする割合が低い²¹⁾ことや, 栄養成分の表示を参考にしての割合が少ない²²⁾ことなどから, HLが低かったと考えられる。

3) 年代別の比較

年代別HLの状況をみると, 本研究では, 男性は合計得点, 批判的HLにおいて年代が上がるほど平均値が有意に低くなる傾向にあった。特に批判的HLは年代間に有意差があった。女性は合計得点において年代が上がるほど平均値が有意に低くなる傾向にあった。特に合計得点は年代間に有意差があった。

年代によるHLの傾向をみた先行研究は少なく, 30~69歳を対象としたSukaらの研究⁸⁾をtrend検定でみると, 男性は年代間に有意差はなかった。女性は批判的HLにおいて年代が上がるほど平均値が有意に低くなる傾向にあった。

機能的HLの一要因である視機能は加齢に伴

い低下し, 視覚に関連した作業が困難になる²³⁾。機能的HLの低下により健康情報の入手に支障をきたし, その結果として, 情報の内容を理解し, 評価する批判的HLの低下に関与してくると推察された。

V 結 語

HPLP IIの合計得点と下位尺度の平均値はいずれも男性が女性を下回り, 合計得点, 健康の意識, 人間関係, 栄養, ストレス管理において有意差があった。年代別の比較では, 男性, 女性とも年代が上がるにつれて合計得点の平均値が有意に高くなる傾向にあった。

性別HLの合計得点と下位尺度の平均値はいずれも男性が女性を下回り, 合計得点, 相互作用のHL, 批判的HLにおいて有意差があった。年代別HLの比較では, 男性, 女性とも年代が上がるにつれて合計得点の平均値が有意に低くなる傾向にあった。

文 献

- 1) 厚生労働省. 健康日本21 (第二次). (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kenkounippon21.html) 2019.9.1.
- 2) 魏長年, 米満弘之, 原田幸一, 他. 日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール. 日本衛生学雑誌 2000; 54(4): 597-606.
- 3) 三好陽子, 天野瑞枝. The report of health promoting lifestyle of elderly people and analysis of influential factors. 医学と生物学 2013; 157(5): 569-75.
- 4) 日下知子. 中高年女性のヘルスプロモーション行動に関する研究-日本語版健康増進ライフスタイルプロフィールと背景因子との関連-. 川崎医療福祉学会誌 2009; 18(2): 531-6.
- 5) Wei C, Harada K, Ueda K, et al. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. Environmental Health and Preventive Medicine 2012; 17: 222-7.
- 6) Zhang S, Wei C, Fukumoto K, et al. A comparative study of health-promoting lifestyles in agri-

- cultural and non-agricultural workers in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine* 2011 ; 16 : 80-9.
- 7) Sorensen 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.
 - 8) Suka M, Odajima T, Kasai M, et al. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environmental Health and Preventive Medicine* 2013 ; 18(5) : 407-15.
 - 9) 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. 東京 : 大修館書店, 2016 ; 43-55.
 - 10) Shirooka H, Nishiguchi S, Fukutani N, et al. Association between comprehensive health literacy and frailty level in community-dwelling older adults : A cross-sectional study in Japan. *Japan Geriatrics Society*, 2016 ; 1-6.
 - 11) 大塚脩斗, 坪井大和, 村田峻輔, 他. 地域在住高齢者におけるヘルスリテラシーと健康関連Quality of Lifeの関連 - 包括的ヘルスリテラシー尺度を用いた検討 -. *日本健康教育学会誌* 2017 ; 25(1) : 3-11.
 - 12) Kudo N, Yokokawa H, Fukuda H, et al. Analysis of associations between health literacy and healthy lifestyle characteristics among Japanese outpatients with lifestyle-related disorders. *Journal of General and Family Medicine* 2016 ; 17(4) : 299-306.
 - 13) Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes care* 2008 ; 31(5) : 874-9.
 - 14) Suka M, Odajima T, Okamoto M, et al. Reading comprehension of health checkup reports and health literacy in Japanese people. *Environmental Health and Preventive Medicine* 2014 ; 19 : 295-306.
 - 15) Aoki T, Inoue M. Association between health literacy and patient experience of primary care attributes : A cross-sectional study in Japan. *PLoS One* 2017 ; 12(9). (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0184565>) 2019.9.1.
 - 16) Zhang S, Wei C, Harada K, et al. Relationship between lifestyle and lifestyle-related factors in a rural-urban population of Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine* 2013 ; 18 : 267-74.
 - 17) Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile. development and psychometric characteristics. *Nursing Research* 1987 ; 36(2) : 76-81.
 - 18) 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(3) : 259-67.
 - 19) 厚生労働省. 平成29年患者調査の概況. 結果の概要. 3-4. (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>) 2019.9.1.
 - 20) 厚生労働省. 平成26年度版厚生労働白書. 76-7. (https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/index.html) 2019.9.1.
 - 21) 村松容子. 「健康情報」の提供は, 男女の特徴をいかしたアプローチを~「健康」への接し方は男女で違う. ニッセイ基礎研究所. 基礎研レター 2017 ; 12-8. (https://www.nli-research.co.jp/files/topics/57408_ext_18_0.pdf?site=nli) 2019.9.1.
 - 22) 厚生労働省. 平成27年国民健康・栄養調査報告. 172. (<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/dl/h27-houkoku.pdf>) 2019.9.1.
 - 23) 新井千賀子. 高齢者の視力障害. 4. 高齢者の視覚障害への対応, ロービジョンケア. *日本老年医学会雑誌* 2014 ; 51 : 336-41.