

ヘルスリテラシーが主観的健康感に与える影響

ムラマツ ヨウコ
村松 容子*

目的 近年、疾病構造が変化し、慢性疾患等、病気を抱えたまま日常生活を送る人が増えている。慢性疾患は、必ずしも完治を望めないため、主観的健康感が重要となる。一般に、主観的健康感は、加齢や疾病を経験することで下がるが、加齢も疾病も避けることはできない。一方、主観的健康感にはヘルスリテラシーも関連しており、ヘルスリテラシーが低下すると、主観的健康感が低下するといった報告がある。ヘルスリテラシーは、加齢や疾病発症後も向上しうることから、本研究では、主観的健康感を向上させるための試みとして、ヘルスリテラシーが主観的健康感に与える影響を分析した。

方法 データは、ニッセイ基礎研究所が、20～69歳の男女個人を対象に2018年7月に実施したインターネット調査の結果である（有効回答数3,002）。分析は、主観的健康感とヘルスリテラシーの基本属性別分布を確認したうえで、主観的健康感を目的変数、ヘルスリテラシーや生活習慣、最近の治療歴や投薬の状況を説明変数とした重回帰モデルで推計を行った。

結果 主観的健康感を低下させる要因として加齢や疾病の発症があった。ヘルスリテラシーは加齢や疾病を経験することで向上していた。重回帰分析の結果、ヘルスリテラシーは、社会的経済環境、現在の生活習慣、治療歴や投薬の状況とは独立して、主観的健康感とプラスの相関関係があることが認められた。

結論 主観的健康感は、加齢や疾病の発症によって下がるが、ヘルスリテラシーは、年齢や社会経済的環境、治療歴等とは異なり、教育や経験によって向上することが望める。したがって、ヘルスリテラシーの向上によって、年齢や疾病経験による主観的健康感の低下を一定程度埋めることができる可能性がある。長寿化がますます進展する中、自分自身の健康状態について、過剰な不安を抱えずに暮らすためには、医療機関で治療を受けなくて済む期間の延伸という視点での疾病の予防だけでなく、主観的健康感の向上が重要な課題と考えられる。

キーワード 主観的健康感、ヘルスリテラシー、疾病経験、加齢、生活習慣

I はじめに

公衆衛生の発達や医療技術の進歩によって疾病構造が変化し、生活習慣病等の慢性疾患を抱えたまま日常生活を送る人が増えている。慢性疾患は、医学的完治を望めないこともあるため、本人が自分の健康状態をどのように評価するか、

という主観的健康感が重要となっている。さらに、主観的健康感は、死亡率に対し、独立した寄与因子であるといった報告¹⁾や、医療機関における診断などの客観的な健康状態よりも死亡率を強力に予測するといった報告²⁾があり、その重要性が指摘されている。主観的健康感は、これまでの研究から、性・年齢、家族構成、治療歴や投薬歴のほか、居住地や所得等の社会経済的環境、睡眠、食事、運動、喫煙、飲酒等の

* (株)ニッセイ基礎研究所准主任研究員

生活習慣³⁾⁴⁾、高齢者の場合は社会との接点⁵⁾と関連することが知られている。

諸外国と比較すると、日本は、寿命や乳幼児死亡率、健康度調整平均寿命（health-adjusted life expectancy；HALE）はトップクラスの水準にあり、病院へのアクセスの良さ⁶⁾などの点で恵まれているにも関わらず、主観的健康感が高くない⁷⁾。その要因の1つとして、福田ら⁶⁾は、ヘルスリテラシーの低さの可能性を指摘している。WHOによるとヘルスリテラシーとは、「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。不足すると、病気の兆候に気づけない、症状等を医療従事者に伝えられない、健康維持や増進に向けた行動が継続しない、予防サービスを利用しない等の弊害があるとされる⁸⁾⁻¹⁰⁾。

日本は、医療へのアクセスが良いことから、体調が悪いと医療機関を頼りやすく、自己での判断を迫られる場面が少ないため、リテラシーを向上させる機会が少ないというものである。

一般に、主観的健康感、加齢や疾病の発症で下がる。加齢や疾病は、自分では避けられないが、ヘルスリテラシーは、教育や経験を通じて向上することが望める。自分自身の健康状態について過剰に不安を抱えずに暮らすためには、いかに医療機関で治療を受けなくて済む期間を延伸するかという視点での疾病の予防だけでなく、リテラシーの向上によって、自分自身の健康リスクを理解し、対処法を知ることも重要だと考えられる。しかし、ヘルスリテラシーとの関連を分析した国内の事例は少ない。そこで本研究では、属性と社会経済的環境、生活習慣、ヘルスリテラシーと主観的健康感の関係を確認し、ヘルスリテラシーの向上が主観的健康感を向上する可能性について検討した。

Ⅱ 方 法

(1) データ収集と対象者

分析に使用したデータは、2018年7月に、(株)ニッセイ基礎研究所が実施したインターネットアンケートの個票データである。

調査は、マイボイスコム(株)の登録モニターのうち、20～69歳の男女個人を対象に配信した。調査時点において、学生、もしくは、入院中または自宅療養中の人は、健康感が大きく異なる可能性があるため、配信対象から除外した。また、各都道府県の性別と10歳刻みの年齢群の構成が、2015年国勢調査の構成と合致するように回収し、3,002人から回答を得た時点で打ち切った。

(2) 調査項目

調査では、本分析に関連する質問項目として、現在の主観的健康感に加えて、生活習慣や情報収集状況、治療歴や現在の投薬などの自身の健康に関する情報および性、年齢、居住地、世帯年収や最終学歴といった基本属性を尋ねている。

主観的健康感「あなたの健康状態は次のうちどれに近いですか」という質問に対し、「よい」「まあよい」「どちらともいえない」「あまりよくない」「よくない」の5段階で回答してもらい、順に5～1点と点数化した。

今回注目するヘルスリテラシー尺度は、日本人の比較的健康的な就労者を対象に開発されたIshikawaraによる尺度（5項目）を使った¹¹⁾。具体的には、「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」「たくさんある情報の中から自分の求める情報を選びだせる」「情報がどの程度信頼できるかを判断できる」「情報を理解し、人に伝えることができる」「情報をもとに健康改善のために計画や行動を決めることができる」の5つの項目に対して、「とてもあてはまる」から「まったくあてはまらない」の5段階で回答してもらい、各項目順に5～1点と配点し、5項目の平均を使用した。

治療歴や投薬の状況としては、「過去2年間の入院または手術を受けた経験」の有無と、「現在の医療機関受診等治療・投薬状況（市販薬の使用を含む）」について尋ね、「過去2年間に入院または手術を行っておらず、現在も医療機関受診等治療や投薬はない」「過去2年間に入院または手術を行ったが、現在は医療機関受診等治療や投薬はない」「過去2年間に入院または手術を行っていないが、現在は医療機関受診等治療や投薬がある」「過去2年間に入院または手術を行っていて、現在も医療機関受診等治療や投薬がある」の4区分に分類した。現在の生活習慣については、主観的健康感との関連が強いとされる³⁾¹²⁾「睡眠で休養がとれている」「ストレスがたまっている」「朝食を抜くことが週に3回以上ある」「喫煙する」「運動不足」「健康診断やがん検診を1年以上うけていない」を使った。飲酒習慣については、厚生労働

表1 サンプルの概要 (n=3,002)

(単位 人、()内%)

	平均値	標準偏差
主観的健康感(点)：よい=5点～よくない=1点	3.15	0.92
ヘルスリテラシー(点)：高い=5点～低い=1点	3.19	0.68
年齢(歳)：20～69歳	46.2	13.5
性別		
男性	1 512	(50.4)
女性	1 490	(49.6)
配偶関係		
未婚	1 085	(36.1)
既婚	1 738	(57.9)
離別	139	(4.6)
死別	40	(1.3)
居住地		
東京都23区、または政令指定都市	913	(30.4)
中都市 (人口15万人以上)	929	(30.9)
小都市 (人口15万人未満)	863	(28.7)
町村	297	(9.9)
世帯年収		
300万円未満	1 015	(33.8)
300～700万円未満	1 317	(43.9)
700万円以上	670	(22.3)
最終学歴		
中学校卒	63	(2.1)
高校卒	806	(26.8)
高専・専門学校・短大卒	675	(22.5)
大学卒	1 294	(43.1)
大学院卒	157	(5.2)
その他	7	(0.2)
治療歴や投薬状況		
過去2年間に入院または手術を行っておらず、現在も医療機関受診等治療や投薬はない	1 589	(52.9)
過去2年間に入院または手術を行ったが、現在は医療機関受診等治療や投薬はない	125	(4.2)
過去2年間に入院または手術を行っていないが、現在は医療機関受診等治療や投薬がある	1 134	(37.8)
過去2年間に入院または手術を行っていて、現在も医療機関受診等治療や投薬がある	154	(5.1)
現在の生活習慣(複数回答)		
睡眠で休養が十分とれている	307	(10.2)
ストレスがたまっている	1 012	(33.7)
朝食を抜くことが週に3回以上ある	322	(10.7)
喫煙する	411	(13.7)
週3～4日は1～2合以上の飲酒をする	270	(9.0)
運動不足だ	1 592	(53.0)
健康診断やがん検診を1年以上うけていない	392	(13.1)

省による「健康日本21 (第二次)¹³⁾」で基準としている生活習慣病のリスクを高める飲酒量を参考にして、「週3～4日は1～2合以上の飲酒をする」を飲酒習慣があると考えた。

属性および社会経済的地位に関する項目として、性、年齢、配偶関係4区分(未婚/既婚/離別/死別)、居住地の市区町村規模4区分(東京都23区または政令指定都市/中都市(人口15万人以上)/小都市(人口15万人未満)/町村)、最終学歴、世帯年収3区分(300万円未満/300～700万円未満/700万円以上)を使った。

分析に使用したサンプルの概要を表1に示す。

(3) 統計解析

本研究では、まず、属性別の主観的健康感、ヘルスリテラシーの違いを確認した。次に、主観的健康感を目的変数とし、健康状態と現在の生活習慣を説明変数として重回帰分析を行った(分析1)。さらに、ヘルスリテラシーを説明変数に加えて重回帰分析を行うことで(分析2)、ヘルスリテラシーが主観的健康感に与える影響を確認した。性、年齢、配偶関係、居住地の市区町村規模、世帯年収は、調整変数として投入した。説明変数に用いた変数は、それぞれ中等度以下の相関関係にあった。現在の生活習慣に関する各変数についても、表2に示すとおり相関が強い変数はなく、多重共線性がないと考えられた。

表2 現在の生活習慣に係る変数の内部相関(n=3,002)

	睡眠で休養が十分とれている	ストレスがたまっている	朝食を抜くことが週に3回以上ある	喫煙する	週3～4日は1～2合以上の飲酒をする	運動不足だ	健康診断やがん検診を1年以上うけていない
睡眠で休養が十分とれている	1.00						
ストレスがたまっている	0.01	1.00					
朝食を抜くことが週に3回以上ある	0.02	0.10	1.00				
喫煙する	0.02	0.05	0.12	1.00			
週3～4日は1～2合以上の飲酒をする	0.03	0.01	0.08	0.22	1.00		
運動不足だ	0.01	0.17	0.10	0.08	0.05	1.00	
健康診断やがん検診を1年以上うけていない	0.06	0.05	0.10	0.03	0.05	0.13	1.00

統計解析には、STATA 15.0 for Windowsを使い、p値が0.05未満である場合に、有意差があると判定した。

(4) 倫理的配慮

本研究における調査は、マイボイスコム(株)の募集に対して登録を行った調査専用のモニターを対象に行った。調査にあたっては、マイボイスコム(株)より調査協力依頼文と調査画面へのリンク先が記されたメールを送付し調査画面にアクセスしてもらった。当社は、調査会社より個人を特定できる項目を含まない回答データを受け取り、分析を行った。当社には倫理委員会が設置されていないが、アンケートの質問設計、および分析結果の開示にあたっては、厚生労働省と文部科学省による「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して行った。

Ⅲ 結 果

(1) 主観的健康感とヘルスリテラシーの分布

属性別の主観的健康感の分布を表3に示す。対象者全体では、主観的健康感が「どちらともいえない」が全体で42.5%と最も高く、次いで「よい・まあよい」が35.8%、「あまりよくない・よくない」が21.6%だった。「よい・まあよい」の割合は、男女別では女性で高く、年齢群別では20～39歳で39.1%、60～69歳で33.7%と若年ほど高かった。既婚者は、未婚や離死別者より高かった。また、世帯年収では700万円以上、最終学歴では大卒以上で高かった。

表3 主観的健康感の分布

		n (人)	よい・まあよい (%)	どちらともいえない (%)	あまりよくない・よくない (%)
性別	全体	3 002	35.8	42.5	21.6
	男性	1 512	33.9*	43.2	22.9
	女性	1 490	37.9*	41.9	20.3
年齢	20～39歳	1 053	39.1**	41.4	19.5**
	40～59	1 281	34.3	41.7	24.0**
	60～69	668	33.7	46.0*	20.4
配偶関係	未婚	1 085	30.8**	42.7	26.5**
	既婚	1 738	39.6**	42.2	18.2**
	離死別	179	29.6	45.3	25.1
居住地	東京都23区、または政令指定都市	913	35.2	41.7	23.1
	中都市 (人口15万人以上)	929	36.8	43.3	19.9
	小都市 (人口15万人未満)	863	35.1	42.8	22.1
	町村	297	37.0	42.1	20.9
世帯年収	300万円未満	1 015	26.5**	44.3	29.2**
	300～700万円未満	1 317	38.6**	43.1	18.2**
	700万円以上	670	44.5**	38.7*	16.9**
最終学歴	中学校卒	63	17.5**	49.2	33.3*
	高校卒	806	32.4*	43.3	24.3*
	高専・専門学校・短大卒	675	36.0	42.5	21.5
	大学卒	1 294	38.3*	42.2	19.6*
	大学院卒	157	40.8	40.1	19.1
	その他	7	28.6	14.3	57.1*
治療歴や投薬状況	過去2年間に入院または手術を行っておらず、現在も医療機関受診等治療や投薬はない	1 589	43.7**	44.1	12.2**
	過去2年間に入院または手術を行ったが、現在は医療機関受診等治療や投薬はない	125	44.8*	37.6	17.6
	過去2年間に入院または手術を行っていないが、現在は医療機関受診等治療や投薬がある	1 134	26.3**	41.8	31.9**
	過去2年間に入院または手術を行っていて、現在も医療機関受診等治療や投薬がある	154	17.5**	36.4	46.1**
現在の生活習慣 (複数回答)	睡眠で休養が十分とれている	307	44.0**	36.2*	19.9
	ストレスがたまっている	1 012	26.5**	39.5*	34.0**
	朝食を抜くことが週に3回以上ある	322	32.9	41.0	26.1*
	喫煙する	411	30.7*	43.6	25.8*
	週3～4日は1～2合以上の飲酒をする	270	29.3*	43.0	27.8**
	運動不足だ	1 592	30.2**	44.1	25.8**
健康診断やがん検診を1年以上うけていない	392	28.1**	39.0	32.9**	

注 全体の割合との差のz検定 (両側)。*p<0.05, **p<0.01

治療歴や投薬状況別に見ると、過去2年間の入院や手術歴によらず、現在医療機関を受診していたり投薬がない人で「よい・まあよい」の割合が4割を超えて高く、過去2年間に入院や手術を行っていて、現在も医療機関を受診したり投薬している人が17.5%と低かった。現在の生活習慣でみると、睡眠で休養が十分にとれている人で44.0%と高いが、ストレスがたまっている、喫煙や飲酒をする、運動不足である、健康診断やがん検診を1年以上うけていない人で30%程度以下と低かった。

続いて、属性別のヘルスリテラシーの平均値を表4に示す。対象者全体のヘルスリテラシー得点の平均点は3.19点 (標準偏差0.68) だった。男女別に平均値をみると、女性が男性をやや上回ったが、有意な差はなかった。年齢群別にみ

表4 ヘルスリテラシーの分布

		n (人)	平均点
全体		3,002	3.19
性別	男性	1,512	3.17
	女性	1,490	3.21
年齢	20～39歳	1,053	3.11**
	40～59	1,281	3.21
	60～69	668	3.28**
配偶関係	未婚	1,085	3.13**
	既婚	1,738	3.23*
	離死別	179	3.21
居住地	東京都23区、または政令指定都市	913	3.28**
	中都市（人口15万人以上）	929	3.18
	小都市（人口15万人未満）	863	3.14*
	町村	297	3.10*
世帯年収	300万円未満	1,015	3.11**
	300～700万円未満	1,317	3.21
	700万円以上	670	3.27**
最終学歴	中学校卒	63	3.06
	高校卒	806	3.15
	高専・専門学校・短大卒	675	3.18
	大学卒	1,294	3.21
	大学院卒	157	3.37**
	その他	7	3.11
治療歴や投薬状況	過去2年間に入院または手術を行っておらず、現在も医療機関受診等治療や投薬はない	1,589	3.17
	過去2年間に入院または手術を行ったが、現在は医療機関受診等治療や投薬はない	125	3.09
	過去2年間に入院または手術を行っていないが、現在は医療機関受診等治療や投薬がある	1,134	3.22
現在の生活習慣 (複数回答)	過去2年間に入院または手術を行って、現在も医療機関受診等治療や投薬がある	154	3.29
	睡眠で休養が十分とれている	307	3.25
	ストレスがたまっている	1,012	3.17
	朝食を抜くことが週に3回以上ある	322	3.23
	喫煙する	411	3.18
	週3～4日は1～2合以上の飲酒をする	270	3.31**
運動不足だ	1,592	3.19	
健康診断やがん検診を1年以上うけていない	392	3.21	

注 全体の平均ととの差のz検定（両側）。 *p<0.05, **p<0.01

ると、20～39歳で3.11点、60～69歳で3.28点と、年齢が高いほど高く、未婚者より既婚者が高かった。また、居住地の規模が大きいほど、最終学歴や世帯年収が高いほど高かった。

治療歴や投薬状況別にみると、過去2年間の入院や手術歴にはよらず、現在医療機関を受診していたり投薬がある人で3.20点を超えヘルスリテラシーが高い傾向があったが有意差はなかった。現在の生活習慣では、「週3～4日は1～2合以上の飲酒をする」で有意に高かったが、それ以外の習慣では大きな差はなかった。

(2) 重回帰分析の結果

主観的健康感を目的変数とした重回帰分析の結果を表5に示す。まず、ヘルスリテラシー得点を考慮せずに治療歴や投薬状況と現在の生活習慣を説明変数とした重回帰分析（分析1）の結果、治療歴や投薬状況については、「過去2年間に入院または手術を行っておらず、現在も医療機関受診等治療や投薬はない」と、「過去2年間に入院または手術を行ったが、現在は医療機関受診等治療や投薬はない」に有意な差はなかった。しかし、

表5 主観的健康感についての重回帰分析結果

	分析1		分析2	
	回帰係数	標準誤差	回帰係数	標準誤差
治療歴や投薬状況	参照		参照	
過去2年間に入院または手術を行っておらず、現在も医療機関受診等治療や投薬はない	-0.01	0.08	0.00	0.08
過去2年間に入院または手術を行ったが、現在は医療機関受診等治療や投薬はない	-0.38**	0.03	-0.38**	0.03
過去2年間に入院または手術を行っていないが、現在は医療機関受診等治療や投薬がある	-0.70**	0.07	-0.71**	0.07
生活習慣等				
睡眠で休養が十分とれている	0.20**	0.05	0.20**	0.05
ストレスがたまっている	-0.34**	0.03	-0.33**	0.03
朝食を抜くことが週に3回以上ある	0.04	0.04	0.04	0.04
喫煙する	-0.03	0.06	-0.03	0.05
週3～4日は1～2合以上の飲酒をする	-0.03	0.04	-0.04	0.04
運動不足だ	-0.13**	0.04	-0.13	0.04
健康診断やがん検診を1年以上うけていない	-0.19**	0.06	-0.20**	0.06
ヘルスリテラシー	-	-	0.09**	0.02
決定係数	0.16		0.16	

注 1) 性、年齢、配偶関係、居住地の市区町村規模、世帯年収を調整
2) **p<0.01

「過去2年間に入院または手術を行っていないが、現在は医療機関受診等治療や投薬がある」「過去2年間に入院または手術を行って、現在も医療機関受診等治療や投薬がある」では、主観的健康感が低かった。

現在の生活習慣との関係を見ると、「睡眠で休養がとれている」は休養がとれていない人と比べて高く、「ストレスがたまっている」「運動不足だ」「健康診断やがん検診を1年以上うけていない」は、それぞれそうでない人と比べて低かった。一方、「朝食を抜くことが週に3

回以上ある」「喫煙する」「飲酒習慣（週3～4日は1～2合以上の飲酒をする）がある」は、そうでない人と比べて有意な差が認められなかった。

続いて、ヘルスリテラシー得点を説明変数に加えた重回帰分析（分析2）の結果、分析1で主観的健康感との関係が認められた項目は、ヘルスリテラシーを投入してもなお、有意な関係があり、さらに、ヘルスリテラシー得点の高さも主観的健康感の高さとプラスの関係があった。したがって、属性や社会経済的環境のほか、上述の治療歴や投薬の状況や現在の生活習慣を考慮しても主観的健康感とプラスの関係があり、ヘルスリテラシーが高いと、主観的健康感が高いことが認められた。

Ⅳ 考 察

今回の調査対象者の主観的健康感は、厚生労働省による「2019年国民生活基礎調査」¹⁴⁾による主観的健康感の結果と比較すると、「よい・まあよい」の割合が若年で低い傾向があった。ただし、年齢が高いほど「よい・まあよい」の割合が低くなる傾向は同様だった。

今回の調査対象者のヘルスリテラシー得点3.19点だった。既存研究と比較すると、企業に勤務する男性を対象としたIshikawaら¹¹⁾による3.72（標準偏差0.68）や、中村ら⁴⁾による、30～59歳男性の3.63（標準偏差0.70）、30～59歳女性の3.63（標準偏差0.66）と比べると低かった。また、Ishikawaら¹¹⁾では、企業に勤務する男性について年齢による差がないとされていたが、今回の調査では年齢が高いほどヘルスリテラシー得点が高かった。ヘルスリテラシー得点に性別による大きな差が見られないことや、世帯年収が高いほどヘルスリテラシー得点が高いといった特徴は、同様の傾向が確認できた。上記文献との水準の違いは、今回のデータには、ヘルスリテラシーが相対的に低い20代や非就労者を含んでいることが一因と考えられる。また、ヘルスリテラシーは、育児、自分や家族の病気等の経験を積んだことで向上することが推測で

きるため、多くの経験を積むリタイア後の世代も含む今回のデータでは年齢による差異があった可能性がある。

重回帰分析の結果では、過去2年間に入院や手術をしているかどうかによらず、現在医療機関の受診や投薬等の治療を受けている場合に、マイナスの関係があり、現在医療機関の受診や投薬等の治療を受けていない場合は関係が認められなかった。このことから、過去に入院や手術を伴う病気をしていたとしても、現在、治療を必要としないほどに完治・寛解していれば、主観的健康感への影響は小さいと考えられた。

現在の生活習慣との関係をみると、「睡眠で休養がとれている」「ストレスがたまっている」「運動不足」については、主観的健康感と関係があり、睡眠で休養がとれているほど主観的健康感は良く、ストレスがたまっていたり、運動不足を感じていると主観的健康感が悪かった。一方、「朝食を抜くことが週に3回以上ある」「喫煙する」「飲酒習慣（週3～4日は1～2合以上の飲酒をする）がある」等、一般に健康に良くないと知られている習慣であっても、主観的健康感との関係は認められないものもあった。主観的健康感と関連があった「睡眠で休養がとれている」「ストレスがたまっている」「運動不足だ」は、いずれも体調について自覚ができるのに対し、「朝食を抜く」「喫煙する」「飲酒習慣がある」は、必ずしも体調の変化を自覚するとは限らない。このことから、体調を自覚できる習慣等が主観的健康感に影響を及ぼすものと考えられた。逆に、朝食を抜くことや喫煙、飲酒習慣によって体調不良を感じた場合には、生活習慣の改善を行っている可能性がある。また、「健康診断やがん検診を1年以上うけていない」については、受けていないことによって健康悪化に気づけない懸念があるという不安が主観的健康感に悪影響を及ぼしている可能性と、既に体調不良や疾病の発症によって、改めて健康診断等を受けていない可能性の双方が考えられる。

V おわりに

近年、主観的健康感が重視されるようになってきている。主観的健康感は、これまでの研究から、治療歴や投薬の状況のほか、性・年齢や家族構成、居住地や所得等の社会経済的環境、生活習慣との関連が強いとされている。今回の分析の結果、国内の20～69歳で、属性、社会経済的環境や現在の生活習慣、治療歴や投薬の状況のほか、ヘルスリテラシーも関連が強いことが確認できた。年齢、社会経済地位、健康状態等は、自分の力で変えることは難しいが、生活習慣やヘルスリテラシーは、正確な知識や情報、経験によって向上することが望める。

現在の健康政策は、科学的根拠に基づいた運動・食事や栄養・休養に限定した生活習慣の改善を実施しているが、正しい健康情報の取得、健康状態の把握、適切な受療や健康改善に向けて行動する等のヘルスリテラシーの向上を促進する政策も有効だと考えられる。

文 献

- 1) 中田光紀. 主観的健康感と免疫系の関連についての系統的論文レビュー. 行動医学研究 2013; 19(2): 75-82.
- 2) 三徳和子, 高橋俊彦, 星且二. 主観的健康感と死亡率の関連に関するレビュー. 川崎医療福祉学会誌 2006; 16(1): 1-10.
- 3) 北村尚人, 中谷淳子, 中田光紀. 睡眠問題と主観的健康感の関連 - 勤労者を対象とした大規模疫学調査 -. 産業医科大学雑誌 2014; 36(4): 295-300.
- 4) 中村彩希, 稲山貴代, 奏希久子, 他. 成人におけるヘルスリテラシーと野菜摂取行動および社会経済的地位との関連. 健康支援 2016; 18(2): 27-35.
- 5) 細川陸也, 伊藤美智予, 近藤克則, 他. 「健康交流の家」開設による健康増進効果の検証. 社会医学研究 2016; 33(1): 59-69.
- 6) 福田洋, 江口泰正編著. 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.
- 7) OECD. Health at a Glance. (<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/0e014faf-en.pdf>) 2021.3.24.
- 8) Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82434/>) 2021.3.24.
- 9) 中山和弘. 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. 日本健康教育学会誌 2014; 22(1): 76-87.
- 10) 蝦名玲子. 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 2011; 19(2): 158-62.
- 11) Ishikawa H, Nomura K, Sato M, et al. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. Health Promot Int 2008; 23: 269-74.
- 12) 豊川智之, 三好裕司, 宮野幸恵, 他. 主観的健康感と職業性ストレスとの関連について - MYヘルスアップ研究から -. 厚生指標 2006; 53(10): 1-6.
- 13) 厚生労働省. 健康日本21 (第二次): 健康日本21 (第二次) の推進に関する参考資料 (https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf) 2021.3.24.
- 14) 厚生労働省. 2019年国民生活基礎調査 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/index.html>) 2021.3.24.