

[研究ノート]

A 法人で働く教職員のヘルスリテラシーと健康習慣との関連

Correlation of health literacy and health habits in teachers
and employees working at A corporation

三上 ふみ子、中川 孝子

MIKAMI Fumiko^a, NAKAGAWA Takako^a

^a 青森中央学院大学看護学部

要旨

目的 : A 法人で働く教職員のヘルスリテラシーと健康習慣との関連を明らかにする。

方法 : A 法人で働く全ての教職員を対象に無記名自記式質問紙調査を実施し、回収した質問紙 251 部のうち、209 部を分析対象とした。ヘルスリテラシー尺度得点が中央値未満を低 HL 群、中央値以上を高 HL 群とし、群間比較の分析は、 χ^2 検定、t 検定を行った。その後、ヘルスリテラシーと関連が認められた Breslow の 7 つの健康習慣の認識と実施について、多重ロジスティック回帰分析を行った。

結果 : 高 HL 群は、低 HL 群と比較して情報収集・情報選択・情報伝達・情報判断・自己決定のすべての項目において有意に高かった ($p < 0.001$)。多重ロジスティック回帰分析の結果、ヘルスリテラシーは Breslow の 7 つの健康習慣の実施のうち「定期的に運動する」(オッズ比 0.357、95%信頼区間 0.170-0.751) が有意に関連していた。

結論 : 高 HL 群は、ヘルスリテラシーの各項目が有意に高いにも関わらず、Breslow の 7 つの健康習慣の実施のうち「定期的に運動を行う」のみがヘルスリテラシーと関連していた。健康習慣を獲得できるよう個々の考え方や価値観を尊重しながら、具体的な方法を提案する必要がある。

キーワード : ヘルスリテラシー、健康習慣

I. はじめに

国民医療費は年々増加傾向にあり、とくに、生活習慣病の医療費は全体の約 3 分の 1 を占める¹⁾。健康日本 21 (第二次)²⁾ では、生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底が挙げられており、個人が自発的に行う健康行動の重要性が強く認識されつつある³⁾。

労働者の定期健康診断結果報告⁴⁾ によると有所見率は 53.6%であり、増加の一途を辿っている。さらに、健診受診者の 3 大生活習慣病の治療状況では、糖尿病の約 5 割、高血圧の

約 7 割、脂質異常症の約 9 割が未受診（治療）であり、自覚症状がないことや仕事が忙しい、病気の怖さの無理解といった理由が報告されている⁵⁾。これらの生活習慣病の放置を解決していくためには、労働者のヘルスリテラシーの向上が必要である⁶⁾。

ヘルスリテラシー⁷⁾は、健康情報を入手し、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や意思決定をすることで、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。ヘルスリテラシーの形成要因には、年齢、学歴などの個人的要因、友人や家族、健康教育などの社会的・環境的要因、相互のコミュニケーション・スキルなどの相互作用的な要因があげられており、家族、職場、医師や看護師などの保健医療従事者との関係によってヘルスリテラシーの獲得は可能となる⁸⁾。

先行研究では、ヘルスリテラシーが低い高齢者は、死亡率が高く⁹⁾、ヘルスリテラシーが高いほど、高血圧の有病率が有意に低い傾向がある¹⁰⁾などが報告されている。労働者を対象とした研究では、ヘルスリテラシーが高い人は、健康的な生活習慣を持つ傾向があり¹¹⁾、子宮頸がん検診の受診率が高い¹³⁾ことが報告されている。これらの先行研究から、労働者の健康維持・増進のためには、ヘルスリテラシーと健康習慣との関連について把握する必要がある。

そこで、本研究では、A 法人の今後取り組むべき教職員の健康教育の方法を検討するため、教職員のヘルスリテラシーと健康習慣との関連を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 研究対象者

A 法人（学校法人の大学・大学院、短期大学・専門学校、附属幼稚園、また関連法人である特別養護老人ホーム、幼保連携型認定こども園）で働く全ての教職員とした。

2. データ収集方法・期間

調査は留め置き法による無記名の自記式質問紙とした。調査依頼は、A 法人の各施設長に口答と文書にて行った。研究協力承諾書の返信があった 10 施設に、推定される対象者分の依頼書と無記名の自記式質問紙を持参した。調査用紙の配布は、各施設長に依頼した。データ収集は、2018 年 11 月 1 日～11 月 15 日とし、質問紙の回収は、施設に鍵付き回収箱を設置、研究に同意した対象者に自ら投函してもらった。調査期間終了後は研究者が速やかに回収した。

3. 調査項目

- 1) 基本属性（性別、年齢、職業、家族との同居状況、最終学歴）、現在の身長と体重、主観的健康観、過去 1 年間の健康診査とがん検診の受診の有無を尋ねた。

2) Breslow の 7 つの健康習慣の認識と実施

Breslow の 7 つの健康習慣は、生活習慣と身体的健康度との関係を調査した結果¹⁴⁾であり、「喫煙しない」、「定期的に運動する」、「飲酒は適量を守るか、しない」、「1 日 7-8 時間の睡眠をとる」、「適正体重を維持する」、「朝食を食べる」、「間食をしない」である。Breslow の 7 つの健康習慣の認識（以下、認識）については、7 つの項目で知っているものをすべて選択するよう依頼した。Breslow の 7 つの健康習慣の実施（以下、実施）については、「できている」「できていない」で回答を得た。

3) ヘルスリテラシー尺度

Ishikawa らが開発したヘルスリテラシー尺度¹²⁾を用いた。ヘルスリテラシー尺度は、①新聞、本、テレビ、インターネットなど、さまざまな情報源から情報を集められる（以下、情報収集）、②たくさんある情報の中から、自分の求める情報を選び出せる（以下、情報選択）、③情報を理解し人に伝えることができる（以下、情報伝達）、④情報がどの程度信頼できるかを判断できる（以下、情報判断）、⑤情報をもとに健康改善のための計画や行動を決めることができる（以下、自己決定）、の 5 項目である。回答は、「強く思う」～「全く思わない」の 5 段階評定である。

4. 分析方法

年齢については、古澤ら¹⁵⁾を参考に、特定健診・特定保健指導などの介入対象者となる 40 歳以上と対象外の 40 歳未満の 2 群に分けた。主観的健康観は、「非常に健康である」と「まあまあ健康である」を「健康である」、「あまり健康でない」と「健康ではない」を「健康ではない」の 2 群に分けた。ヘルスリテラシー尺度は、「強く思う」5 点、「まあそう思う」4 点、「どちらでもない」3 点、「あまりそう思わない」2 点、「全く思わない」1 点として得点化し、項目ごとの平均点を算出した。群間比較では、ヘルスリテラシーの区分を、これまでに開発された測定する尺度の多くが中央値を用いていた^{13) 15)}ため、尺度得点の中央値を基準とし、中央値未満を低群（以下、低 HL 群）、中央値以上を高群（以下、高 HL 群）とした。群間比較の分析は χ^2 検定、t 検定を行った。

次に、ヘルスリテラシー尺度得点の高低を目的変数、ヘルスリテラシーと Breslow の 7 つの健康習慣の認識と実施で群間差が認められた項目を説明変数として強制投入し、多重ロジスティック回帰分析を行った。統計処理は、統計解析ソフト SPSS Statistics 27 (for Windows) を用い、有意水準は 5%未満とした。

5. 倫理的配慮

本研究は、青森中央学院大学倫理審査委員会の承認（h30-02）を得て実施した。A 法人の各施設長に研究の目的および調査内容、倫理的配慮を口答および文書にて説明し、研究協力承諾書にて同意を得た。研究協力承諾書の返信があった施設の対象者に対し文書にて、研究協力は自由意思であること、個人名が特定されないこと、個人情報保護などについて説明

した。質問紙は鍵付き回収箱に投函してもらい、投函をもって、研究の同意が得られたこととした。

Ⅲ. 結果

研究協力が得られた 10 施設で推定された対象者は 365 名で、その部数の質問紙の配布を依頼した。回収された質問紙は 251 部（回収率 68.8%）で、欠損値がない 209 部（有効回答率 57.3%）を分析対象とした。

1. 対象者の基本属性、主観的健康観および過去 1 年間の健康診査、がん検診の受診状況（表 1）

性別は、男性 63 名（30.1%）、女性 146 名（69.9%）、年齢群別では、40 歳未満群 109 名（52.2%）、40 歳以上群 100 名（47.8%）であった。職業では、保育士・幼稚園教諭が 51 名（24.4%）と多く、次いで事務職 41 名（19.6%）であった。同居状況は、同居 175 名（83.7%）、単身 34 名（16.3%）であった。最終学歴は、専門学校・短大が 110 名（52.6%）と多く、大学・大学院が 68 名（32.5%）であった。主観的健康観は、「健康である」が 185 名（88.5%）、「健康ではない」が 24 名（11.5%）であった。過去 1 年間の健康診査は 1 名を除き、受けていた。がん検診では、「受けている」が 112 名（53.6%）、「受けていない」が 97 名（46.4%）であった。

表 1 対象者の基本属性、主観的健康観および過去 1 年間の健康診査、がん検診の受診状況

		<i>n</i> =209		
項目		人数	%	平均値(±SD)
性別	男性	63	30.1	
	女性	146	69.9	
年齢	40歳未満	109	52.2	41.2(±14.4)
	40歳以上	100	47.8	
職業	事務職	41	19.6	
	教員	37	17.7	
	看護師・准看護師	8	3.8	
	保育士・幼稚園教諭	51	24.4	
	介護福祉士・社会福祉士・ヘルパー	49	23.4	
	その他	23	11.0	
同居状況	同居	175	83.7	
	単身	34	16.3	
最終学歴	高校・その他	31	14.8	
	専門学校・短大	110	52.6	
	大学・大学院	68	32.5	
主観的健康観	健康である	185	88.5	
	健康ではない	24	11.5	
過去1年間の健康診査	受けた	208	99.5	
	受けてない	1	0.5	
がん検診	受けている	112	53.6	
	受けていない	97	46.4	

* 主観的健康観は「非常に健康である」「まあまあ健康である」を「健康である」「あまり健康でない」「健康ではない」を「健康ではない」とした

2. 対象者のヘルスリテラシー尺度得点 (表 2)

各項目のヘルスリテラシー尺度得点の平均値は、情報収集が 4.11 ± 0.69 、情報選択が 3.66 ± 0.86 、情報伝達が 3.33 ± 0.88 、情報判断が 3.23 ± 0.89 、自己決定が 3.22 ± 0.92 であった。回答肢の「強く思う」・「まあそう思う」を選択した割合でみると、情報収集ができる割合は 87.6% であり、情報選択 (66.0%)、情報伝達 (48.8%)、情報判断 (40.2%)・自己決定 (47.8%) ができる割合に比べ多かった。

対象者全体のヘルスリテラシー尺度得点の中央値の平均は、 3.50 ± 0.80 、5 項目すべての合計得点の中央値は 18 であったため、中央値 18 未満を低 HL 群、18 以上を高 HL 群に二分した。低 HL 群は 92 名 (44.0%)、高 HL 群 117 名 (56.0%) で、人数に差はみられなかった ($P=0.084$)。ヘルスリテラシーの項目を低 HL 群、高 HL 群で比較すると、すべての項目において高 HL 群が有意に高かった ($p < 0.001$)。

表 2 ヘルスリテラシー尺度得点

項目	回答肢	全体 n=209			低HL群(<18) n=92			高HL群(≥18) n=117			p値
		人数	%	平均値±SD	人数	%	平均値±SD	人数	%	平均値±SD	
情報収集	強く思う	55	26.3	4.11±0.69	8	3.8	3.75±0.72	47	22.5	4.38±0.52	<0.001
	まあそう思う	128	61.2		60	28.7		68	32.5		
	どちらでもない	19	9.1		17	80.1		2	1.0		
	あまりそう思わない	7	3.3		7	3.3		0	0.0		
	全くそう思わない	0	0.0		0	0.0		0	0.0		
情報選択	強く思う	25	12.0	3.66±0.86	2	1.0	3.03±0.83	23	11.0	4.15±0.48	<0.001
	まあそう思う	113	54.1		25	12		88	42.1		
	どちらでもない	47	22.5		41	19.6		6	2.9		
	あまりそう思わない	22	10.5		22	10.5		0	0.0		
	全くそう思わない	2	1.0		2	1.0		0	0.0		
情報伝達	強く思う	10	4.8	3.33±0.88	0	0.0	2.63±0.71	10	4.8	3.87±0.57	<0.001
	まあそう思う	92	44.0		8	3.8		84	40.2		
	どちらでもない	67	32.1		46	22		21	10.0		
	あまりそう思わない	36	17.2		34	16.3		2	1.0		
	全くそう思わない	4	1.9		4	1.9		0	0.0		
情報判断	強く思う	10	4.8	3.23±0.89	1	0.5	2.60±0.79	10	4.8	3.73±0.61	<0.001
	まあそう思う	74	35.4		6	2.9		74	35.4		
	どちらでもない	87	41.6		48	23		87	41.6		
	あまりそう思わない	30	14.4		29	13.9		30	14.4		
	全くそう思わない	8	3.8		8	3.8		8	3.8		
自己決定	強く思う	3	1.4	3.22±0.92	0	0.0	2.50±0.81	3	1.4	3.79±0.50	<0.001
	まあそう思う	97	46.4		8	3.8		89	42.6		
	どちらでもない	63	30.1		40	19.1		23	11.0		
	あまりそう思わない	36	17.2		34	16.3		2	1.0		
	全くそう思わない	10	4.8		10	4.8		0	0.0		

t検定

3. 基本属性、主観的健康観およびがん検診の受診状況とヘルスリテラシーとの関連 (表 3)

基本属性、主観的健康観、がん検診の受診状況とヘルスリテラシーに有意な関連はみられなかった。

表 3 基本属性、主観的健康観およびがん検診の受診状況とヘルスリテラシーとの関連

		低HL群 (<18)		高HL群 (≥18)		p値
		n=92 (%)		n=117 (%)		
性別	男性	24	(11.5)	39	(18.7)	0.257
	女性	68	(32.5)	78	(37.3)	
年齢	40歳未満	52	(24.9)	57	(27.3)	0.262
	40歳以上	40	(19.1)	60	(28.7)	
BMI (±SD)		22.0 (±3.3)		22.2 (±3.3)		0.708 ^a
職業	事務職	21	(10.0)	20	(9.6)	0.080
	教員	11	(5.3)	26	(12.4)	
	看護師・准看護師	1	(0.5)	7	(3.3)	
	保育士・幼稚園教諭	28	(13.4)	23	(11.0)	
	介護福祉士・社会福祉士・ヘルパー	22	(10.5)	27	(12.9)	
	その他	9	(4.3)	14	(6.7)	
最終学歴	高校・その他	13	(6.2)	18	(8.6)	0.594
	専門学校・短大	52	(24.9)	58	(27.8)	
	大学・大学院	27	(12.9)	41	(19.6)	
主観的健康観	健康である	79	(37.8)	106	(50.7)	0.287
	健康ではない	13	(6.2)	11	(5.3)	
がん検診	受けている	46	(22.0)	66	(31.6)	0.356
	受けていない	46	(22.0)	51	(24.4)	

χ²検定

a: t検定

4. Breslow の 7 つの健康習慣の認識・実施とヘルスリテラシーとの関連 (表 4、表 5)

ヘルスリテラシーと Breslow の 7 つの健康習慣の認識では、「適正体重を維持する」(P=0.020)、「間食をしない」(P=0.029)、実施では、「定期的に運動する」(P=0.008)に有意な関連がみられた。

次に、ヘルスリテラシー尺度得点の高低を目的変数とし、群間比較で有意な差がみられた認識の「適正体重を維持する」、「間食をしない」、実施の「定期的に運動する」を説明変数とし多重ロジスティック回帰分析を行った。その結果、実施の「定期的に運動する」(オッズ比 0.357、95%信頼区間 0.170-0.751)で有意な関連がみられた。

表4 Breslowの7つの健康習慣の認識・実施とヘルスリテラシーとの関連

			低HL群(<18)		高HL群(≥18)		p値
			n=92(%)		n=117(%)		
Breslowの7つの健康習慣 認識	喫煙をしない	あり	88	(42.1)	114	(54.5)	0.369
		なし	4	(1.9)	3	(1.4)	
	定期的に運動をする	あり	79	(37.8)	108	(51.7)	0.132
		なし	13	(6.2)	9	(4.3)	
	飲酒は適量を守るか、しない	あり	73	(34.9)	99	(47.4)	0.322
		なし	19	(9.1)	18	(8.6)	
	1日7-8時間の睡眠をとる	あり	61	(29.2)	88	(42.1)	0.158
		なし	31	(14.8)	29	(13.9)	
	適正体重を維持する	あり	51	(24.4)	83	(39.7)	0.020 *
		なし	41	(19.6)	34	(16.3)	
	朝食を食べる	あり	78	(37.3)	105	(50.2)	0.281
		なし	14	(6.7)	12	(5.7)	
	間食をしない	あり	34	(16.3)	61	(29.2)	0.029 *
		なし	58	(27.8)	56	(26.8)	
Breslowの7つの健康習慣 実施	喫煙をしない	できている	84	(40.2)	104	(49.8)	0.564
		できていない	8	(3.8)	13	(6.2)	
	定期的に運動をする	できている	12	(5.7)	33	(15.8)	0.008 **
		できていない	80	(38.3)	84	(40.2)	
	飲酒は適量を守るか、しない	できている	79	(37.8)	102	(48.8)	0.783
		できていない	13	(6.2)	15	(7.2)	
	1日7-8時間の睡眠をとる	できている	31	(14.8)	48	(23.0)	0.278
		できていない	61	(29.2)	69	(33.0)	
	適正体重を維持する	できている	55	(26.3)	73	(34.9)	0.701
		できていない	37	(17.7)	44	(21.1)	
	朝食を食べる	できている	68	(32.5)	94	(45.0)	0.269
		できていない	24	(11.5)	23	(11.0)	
	間食をしない	できている	18	(8.6)	32	(15.3)	0.190
		できていない	74	(35.4)	85	(40.7)	

χ²検定

*p<0.05 **p<0.01

表5 ヘルスリテラシーに関連するBreslowの7つの健康習慣の認識・実施

項目	偏回帰係数	オッズ比	95%信頼区間	p値
実施:定期的に運動する (できている)	-1.030	0.357	0.170-0.751	0.007

目的変数:ヘルスリテラシー得点(低HL群:1、高HL群:2)

説明変数:認識「適正体重を維持する」、「間食をしない」、実施「定期定期に運動する」

モデルχ²検定p<0.05. HosmerとLemeshow検定p=0.934. 判別率61.2%

IV. 考察

1. 対象者のヘルスリテラシーについて

本研究のヘルスリテラシーの中央値の平均は3.50±0.80で、日本人の男性労働者を対象としたIshikawaらの報告¹²⁾の3.72±0.68と比較すると低かったが、後藤ら¹⁶⁾の報告では、3.51±0.80で、本研究の結果と一致していた。ヘルスリテラシーが低い要因として、学歴の低さ^{17) 18)}や年齢が高い¹⁹⁾ことが報告されているが、本研究では、年齢、学歴では有意

な関連がみられなかった。その理由として、学歴では、専門学校・短大以上を卒業した人が約 85%であり、ヘルスリテラシーの中央値の平均は低い、学歴で差はみられなかったと考える。

ヘルスリテラシー尺度の各項目を「強く思う」・「まあそう思う」と回答した割合では、情報収集ができる割合に比べ、情報選択・情報伝達・情報判断・自己決定ができる割合が少なかった。都内企業従業員を対象とした報告²⁰⁾でも同様の結果であった。本研究の対象者のヘルスリテラシーは、情報収集をする力はあるが、情報選択・情報伝達・情報判断・自己決定ができる力が低いと判断できた。日常的に健康に関する情報は、テレビやインターネット等で目を通し、関心のあるものに対しては多様なツールを活用し情報を得ている人が多いと推測できる。しかし、インターネットなどで提供される情報の中には科学的な根拠のあいまいなものや商業性の高いものも存在する。収集した情報を基に自分に合った内容を選択できたとしても、それが本当に正しい情報なのか、信頼できるのかの判断が難しく、健康や病気に関する知識が不足していることも考えられる。情報を収集できても、それに基づき判断、行動に移すことができなければ、行動変容にはつながらないことから、情報を判断するための、正しい知識の提供が必要である。

基本属性、主観的健康観およびがん検診の受診状況とヘルスリテラシーでは、有意な関連はみられなかった。高 HL 群では、主観的健康観が高い²¹⁾という報告があるが、本研究では一致しなかった。

2. Breslow の 7 つの健康習慣とヘルスリテラシーとの関連

Breslow の 7 つの健康習慣のうち、「喫煙をしない」、「飲酒は適量を守るか、しない」の認識では、「喫煙をしない」では約 97%、「飲酒は適量を守るか、しない」では約 80%の人が認識できていた。喫煙による健康への影響については周知されており、健康被害の認識が浸透してきている。また、飲酒は、循環器疾患や肝臓病などの健康障害、飲酒運転、うつ、自殺など様々な問題にも密接に関連していることから、飲酒リスクの普及啓発が行われている。そのため、健康習慣の改善が必要であるという認識につながっていると推察される。「定期的に運動する」、「1 日 7-8 時間の睡眠をとる」、「朝食を食べる」の認識では、高 HL 群、低 HL 群ともに認識が低く、日常生活が多忙で気持ちの余裕がないことが影響していると考えられた。

実施では、「喫煙をしない」、「飲酒は適量と守るか、しない」では、高 HL 群と低 HL 群で差はみられない。現在習慣的に喫煙している人は、15.8% (男性 25.9%、女性 6.9%) であり²²⁾、10 年間でみると、いずれも減少している。また、習慣飲酒は女性では増加傾向にあるが、男性では減少している²³⁾。健康被害による認識の高さが実施につながっていると考えられる。「朝食を食べる」「間食をしない」では、高 HL 群と低 HL 群で大きな差はみられず、実施ができていない。「朝食を食べる」ことを実施しないのは、健康につながるという認識の低さや朝食を食べないことの習慣化、朝の出勤時の多忙などが関係している可能

性がある。また、「間食をしない」は、間食の種類や量は人により異なり、対象者の考え方も反映されていると考えられるため、これらの原因については今後も引き続き検討が必要である。

多重ロジスティック回帰分析の結果、実施の「定期的に運動を行う」がヘルスリテラシーと関連していた。先行研究^{21) 24)}でも、高HL群において運動習慣が定着している結果であり、本研究と一致していた。対象者全体では「定期的に運動する」ことの実施は低かった²⁵⁾が、高HL群では、運動を実施できている。岩瀬ら²¹⁾は、運動習慣があることで主観的健康感が高まり、ヘルスリテラシー尺度得点が高値を示した可能性を示唆している。本研究では、主観的健康観では有意な関連はみられなかったが、ヘルスリテラシー尺度得点の各項目において高HL群が有意に高かった。このことから、運動の頻度や内容は人それぞれであるが、高HL群は運動を継続するために、自分にあった運動の方法を収集し、時間を調整しながら実施していると推察される。

今回の調査結果から、高HL群はヘルスリテラシーの各項目が有意に高いにも関わらず、実施では、「定期的に運動を行う」のみが関連していた。先行研究^{15) 21)}と同様の傾向ではあるが、ヘルスリテラシーが高い人は、健康に有用な習慣を獲得する可能性が高い⁶⁾ことが報告されている。このことから、より健康維持・増進するためには、理解・判断することができるような健康情報を提供すること¹⁵⁾、習慣化した行動を変えるために個々の考え方や価値観を尊重し、自己選択できるよう支援することが必要である。また、日常生活の中で実践できる具体的な内容を提案し、その行動変容を維持するための方法や行動の選択の仕方や考え方等の学習を支援していく²⁶⁾ことが求められる。

V. 研究の限界と課題

本研究は、対象者をA法人と限定したものであったが、ヘルスリテラシーと健康習慣との関連について明らかにすることができた。今後は、高HL群が健康習慣を実施できている要因や職種間でヘルスリテラシーと健康習慣に相違があるのかについても検討していくことが課題である。

VI. 結論

A法人で働く教職員のヘルスリテラシーは、情報収集ができる力はあるが、情報選択・情報伝達・情報判断・自己決定ができる力は低かった。多重ロジスティック回帰分析の結果、Breslowの7つの健康習慣の実施のうち「定期的に運動を行う」が、高いヘルスリテラシーと関連していた。

謝辞

本研究にご協力いただきましたA法人の皆様、施設の皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働省：平成 30 年度国民医療費の概況，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/18/index.html> [2021 年 9 月 4 日検索]
- 2) 厚生労働省：健康日本 21（第二次）国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の全部改正について，https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_03.pdf [2021 年 9 月 4 日検索]
- 3) 古谷野亘，上野正子，今枝真理子：健康意識・健康行動をもたらす潜在因子，日本公衆衛生雑誌，2006，53（11），842-850.
- 4) 厚生労働省：2015 年定期健康診断結果報告，https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450211&tstat=000001018638&cycle=7&year=20150&month=0&result_back=1&tclass1val=0 [2021 年 9 月 4 日検索]
- 5) 福田洋：従業員の生活習慣病の受診行動とヘルスリテラシーおよび産業医・産業保健専門職の取り組みの調査と分析，労災疾病臨床研究事業費補助金，主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究（研究代表者 横山和仁），平成 26～28 年度総合研究報告書，2017，133-156.
- 6) 福田洋：職域ヘルスプロモーション（WHP）の変遷と成果-有効で感謝される働き盛り世代の健康支援とヘルスリテラシーの向上を目指して，日本健康教育学会誌，2018，26（1），59-68.
- 7) 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.
- 8) 島内憲夫，大久保菜穂子，鈴木美奈子：第 2 章ヘルスリテラシーとは何か？-その理解を深めるために-，ヘルスリテラシーとは何か？ 21 世紀のグローバル・チャレンジ，島内憲夫編訳，垣内出版，2017，56.
- 9) Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. : Low health literacy and health outcomes : an updated systematic review, *Annals of Internal Medicine*, 2011, 155（2），97-107.
- 10) 木村宣哉，小林道：地域住民におけるヘルスリテラシーと高血圧・糖尿病・脂質異常症の関連：横断研究，日本公衆衛生雑誌，2020，67（12），871-880.
- 11) 伊藤佳奈美，福田洋，矢野友実子，安藤知春，飯田典宏，堀賢，瀬山邦明，佐藤裕之：大学教職員におけるヘルスリテラシーの関連因子の解析，*CAMPUS HEALTH*, 2014, 51（1），189-191.
- 12) 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 Promotion International*, 2008, 23（3），269-274.
- 13) 河田志帆，畑下博世：若年女性労働者に対する産業保健活動の検討-20 歳代女性労働者のヘルスリテラシーとライフイベントおよび子宮頸がん検診受診行動との関連-，日本公衆衛生看護学会誌，2015，4（1），41-47.

- 14) Breslow L, Enstrom JE. : Persistence of health habits and their relationship to mortality, *Preventive Medicine*, 1980, 9 (4), 469-483.
- 15) 古澤洋子, 菊地亜矢子, 森礼子 : 中小企業で働く労働者のヘルスリテラシーと生活習慣の関連, *岐阜聖徳学園大学看護学研究誌*, 2016, 1, 16-26.
- 16) 後藤英子, 石川ひろの, 奥原剛, 加藤美生, 岡田昌史, 木内貴弘 : 日本人男性労働者におけるヘルスリテラシーと生活習慣、主観的健康感との関連 : 受診勧奨該当者を対象に, *日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌*, 2017, 8 (1), 11-18.
- 17) 中村彩希, 稲山貴代, 秦希久子, 松下宗洋, 高橋将記, 原田和弘, 荒尾孝 : 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, 2016, *健康支援*, 18 (2), 27-35.
- 18) Lee SD, Tsai TI, Tsai TW, et al. : Health literacy, health status, and healthcare utilization of taiwanese adults : results from a national survey, *BMC Public Health*, 2010, 10 : 614.
- 19) Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, et al. : Aging and Functional Health Literacy : A Systematic Review and Meta-Analysis, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2014, 71 (3), 445-457.
- 20) 坂本侑香, 森田理江, 諏訪佳世, 藤原章子, 福田洋 : ホワイトカラーの企業従業員におけるヘルスリテラシー(第3報)〜ライフスタイル・生産性との関連, *産業衛生学雑誌*, 2015, 57 巻臨増, 382.
- 21) 岩瀬弘明, 村田伸, 白岩加代子, 安彦鉄平, 内藤紘一, 野中紘士, 堀江淳 : 地域在住女性高齢者のヘルスリテラシーと身体機能、心理機能、運動習慣との関連について-傾向スコア法による検証-, *ヘルスプロモーション理学療法研究*, 2019, 9 (2), 59-63.
- 22) 厚生労働省 : 令和元年国民健康・栄養調査報告, <https://www.mhlw.go.jp/content/000710991.pdf>[2021年9月4日検索]
- 23) 厚生労働省 : 生活習慣病予防のための健康情報サイト, 習慣飲酒, <https://www.e-healthn.et.mhlw.go.jp/information/dictionary/alcohol/ya-015.html> [2021年9月4日検索]
- 24) Yokokawa H, Fukuda H, Yuasa M, et al. : Association between health literacy and metabolic syndrome or healthy lifestyle characteristics among community-dwelling Japanese people, *Diabetology&Metabolic Syndrome*, 2016, 8 : 30.
- 25) 三上ふみ子, 中川孝子, 杉田由佳理, 石田壮平, 原田亜梨紗, 三田禮造 : A 法人で働く教職員の健康習慣の認識と実施との関連, *青森中央学院大学研究紀要*, 2020, 33, 67-75.
- 26) 厚生労働省 : 食生活改善指導担当者研修「食生活改善指導担当者テキスト」健康教育, <https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/info03k-05.pdf>[2021年9月4日検索]