

高校生のヘルスリテラシーと保健知識及び生活習慣との関連

山本 浩二*

Health Literacy among High School Students and Its Relation to Their Health Knowledge and Life Habits

Koji YAMAMOTO

要旨 本研究の目的は、高校生のヘルスリテラシーと保健知識及び生活習慣との関連を調査することである。某国立大学附属高等学校341名（1年生166名，2年生175名）を対象に，ヘルスリテラシー尺度調査を実施し，ヘルスリテラシー尺度得点と保健知識得点及び生活習慣得点との関連を調査した。その結果，ヘルスリテラシー尺度得点と保健知識得点には相関が認められず，ヘルスリテラシー尺度得点と生活習慣得点に弱い正の相関が認められた。

キーワード：ヘルスリテラシー ヘルスリテラシー尺度 保健知識 生活習慣 高校生

1. はじめに

(1) ヘルスリテラシーの定義と下位概念

1990年に健康教育用語に関する合同委員会(the joint committee on health education terminology)では，ヘルスリテラシーとは「基本的な健康情報や健康サービスを知り，それを解釈・理解することのできる能力であり，また健康状態を高めるように情報やサービスを活用できる能力」と定義している¹⁾。1991年にNutbeamは，WHOによるhealth promotion glossaryにおいて，「健康を保持増進するように，情報を得て，理解し，利用するための動機づけと能力を決定する認知的・社会的スキル」と定義し，ヘルスリテラシーの概念を，機能的リテラシー，相互作用的リテラシー，批判的リテラシーの3つに分類し，読み書き能力以外のリテラシーの必要性を論じ，「ヘルスリテラシーとは，ヘルスプロモーションにおける新し

い概念であり，健康教育とコミュニケーション行動の結果として構成されるものである」と説明している²⁾。

その後，ヘルスリテラシー研究は，医療や健康に関する様々な分野に広がりを見せ，ヘルスリテラシーの下位概念も，文化的リテラシー，科学リテラシー，自己管理能力，コミュニケーション力を含めた広義の概念として発展してきている。2012年にオランダの公衆衛生学者であるSorensenは，ヘルスリテラシーに関する先行研究の概念や定義を整理し³⁾(表1)，ヘルスリテラシーを形成する過程として「入手」，「理解」，「評価」，「活用」という4つの能力を示し，その活用領域を「ヘルスケア」，「疾病予防」，「ヘルスプロモーション」とするマトリックスを提案している⁴⁾。

このようにヘルスリテラシーの下位概念は，様々な要因について研究されてきたが，現在共通した概念として，健康に関する知識や情報を理解

* やまもと こうじ 文教大学教育学部学校教育課程体育専修

表1 Sorensenが整理したヘルスリテラシー研究の分類（一部、山本が改変）

ヘルスリテラシー研究	機能的 リテラシー	文化的 リテラシー	科学 リテラシー	健康 リスク行動	病気の 予防	自己 管理	病院の 利用	コミュニ ケーション	薬の 使用	情報 活用	批判的 思考
Lee et al. (2004)			○	○	○	○	○		○		
Institute of Medicine (2004)	○		○					○			
Zarcadoolas et al. (2005)	○	○	○								
Speros (2005)	○										
Baker (2006)	○										
Paashe-Orlow (2007)	○										
Kickbush & Maag (2008)	○										○
Mancuso (2008)			○					○			
Manganello (2008)	○									○	○
Freedman et al. (2009)		○	○								○
Von Wagner et al. (2009)	○										

するために必要な機能的リテラシーだけでなく、その知識や情報を活用するために必要な認知面や社会性を含んだ能力であり、適切な健康行動を起こすために欠くことのできない実践力として重視されている。

(2) 海外の健康教育におけるヘルスリテラシー研究

米国では、1990年代以降、ヘルスリテラシーを健康教育の内容に位置づけた研究が進められてきた。1994年にカリフォルニア州教育局が示したヘルスフレームワークでは、「学校健康教育の最上位の目標はヘルスリテラシーを身につけることにある。」とした上で、ヘルスリテラシーを次の4領域に分類している。1. 生涯にわたる自分の健康に対して、責任をもつ。2. 他者の健康を尊重し、他者へのヘルスプロモーションを実践する。3. 発育発達過程を理解する。4. 健康に関連した情報、製品、サービスを適切に利用する⁵⁾。このフレームワークは、自分の健康に責任を持ちながらも、他者の健康に配慮することにより、家族や学校といった身近なコミュニティのヘルスプロモーションに貢献するという点で注目すべき提案であった。

次に1995年に米国で全国健康教育基準として作成された、National Health Education Standards (以下NHES) では、ヘルスリテラシーの育成は、

健康教育に欠かせないものと位置づけられている。2007年改訂版NHESでは、健康教育に必要な基準 (standards) として以下の8項目を示している。1. 児童生徒は、ヘルスプロモーションと疾病予防に関する概念を理解するようになる。2. 児童生徒は、家族、仲間、文化、メディア、科学技術、その他の要因が保健行動に与える影響を分析するようになる。3. 児童生徒は、健康を高めるために有効な情報、製品、サービスを利用する能力を示すようになる。4. 児童生徒は、健康のリスクを避けたり、減少させるための対人コミュニケーションスキルの能力を示すようになる。5. 児童生徒は、健康を高めるための意志決定スキルの能力を示すようになる。6. 児童生徒は、健康を高めるための目標設定スキルの能力を示すようになる。7. 児童生徒は、健康を高める行動や健康のリスクを避けたり、軽減する能力を示すようになる。8. 児童生徒は、個人や家族、コミュニティの健康のために提言する能力を示すようになる。そして上記8項目のパフォーマンス指標 (Performance Indicators) を、発達段階 (Pre-K-Grade 2, Grade 3-Grade 5, Grade 6-Grade 8, Grade 9-Grade 12) に分けて示している⁶⁾。その中でヘルスリテラシーと健康教育の目標には強い関連性があるとし、ヘルスリテラシーの育成は、児童生徒の主な健康行動に欠かせないものであり、ヘルスリテラシーを身につけた人間とは、1.

表2 St Legerの学校教育におけるヘルスリテラシーの分類

ヘルスリテラシーのレベル	内 容	アウトカム	教育活動の例
機能的ヘルスリテラシー	基本的情報の伝達 ・衛生 ・栄養 ・安全 ・薬物 ・人間関係 ・セクシュアリティ ・親の役割	健康を阻害および促進する要因に関する知識が増える。	・教室での授業 ・読書
相互作用のヘルスリテラシー	特定のスキルの育成 ・問題解決 ・食品選択 ・衛生 ・コミュニケーション	健康関連行動（運動や非喫煙など）の実践を通じて、主体性を身につけ、健康の自己管理ができる。また健康情報やサービスにアクセスできる。	・学校でのグループワーク ・学校での健康課題の分析と討論 ・学外での課外授業
批判的ヘルスリテラシー	学校・地域での学習 ・社会の不平等 ・健康の決定要因 ・方策の開発 ・変化の方法	地域社会に参加して、逆境にある集団の健康改善のために行動できる。	・生徒が選んだ、または現在の政策や実践において直面している学校・地域の課題への取り組み

批判的に思考し、問題解決する人間。2. 責任ある創造的な人間。3. 自己学習できる人間。4. 上手にコミュニケーションできる人間と説明している。NHESでは、批判的思考力、問題解決力、コミュニケーション力の育成を重視したカリキュラムを目指していることがわかる。

St Legerは、学校教育で育成するヘルスリテラシーを、機能的リテラシー、相互作用のリテラシー、批判的リテラシーの3段階に分け、それぞれに「学習内容」、「アウトカム」、「教育活動の例」を示している⁷⁾(表2)。この分類は、ヘルスリテラシーの学習内容を3段階で示し、それぞれの学習で、アウトカムと教育活動を明確にしたものであり、「何ができるようになるか」「どのように学ぶのか」を重視した平成29年告示学習指導要領が示す3観点（知識・技能、思考力・判断力・表現力等、学びに向かう力・人間性）の学習内容を検討する際に参考になる研究である。

(3) 日本の健康教育におけるヘルスリテラシー研究

日本のヘルスリテラシー研究は、1990年代以降、医療関連分野を中心に行われてきたが、2000年以降には、健康教育に関連する研究も行われている。中山は、中学1年生から3年生を対象に

「健康と病気の情報を正しく読み解くために」というテーマで、薬の効果を示すデータを正しく読み解く授業の実践報告をしている⁸⁾。江藤は、中学校3年生の女子を対象に、酒とたばこの広告を批判的に見るポイントを学習する授業提案を行った⁹⁾。高泉らは、食生活リテラシーを測定する尺度を開発し、高校生を対象とした調査研究を行っている¹⁰⁾。また山本らは、中学校1年生を対象に、健康情報リテラシーを育成するための授業を提案し、学習教材として健康情報評価カードを開発している¹¹⁾。大久保らは、中学校2年生を対象とした健康教育の内容として、ストレス対処に必要なメンタルヘルスリテラシーに関連した講義形式の授業を実施している¹²⁾。

これらの研究は、いずれもヘルスリテラシーに関連した能力の育成を目的に計画されており、その効果を明らかにした点で意義のあるものといえる。しかしその一方で、系統的、包括的にヘルスリテラシーを育成するために必要な先行研究は少なく今後の課題である。

(4) 保健教育におけるヘルスリテラシー下位概念の研究

渡邊は、大学生を対象にヘルスリテラシー調査を実施し、日本の健康教育で育成すべきヘルスリ

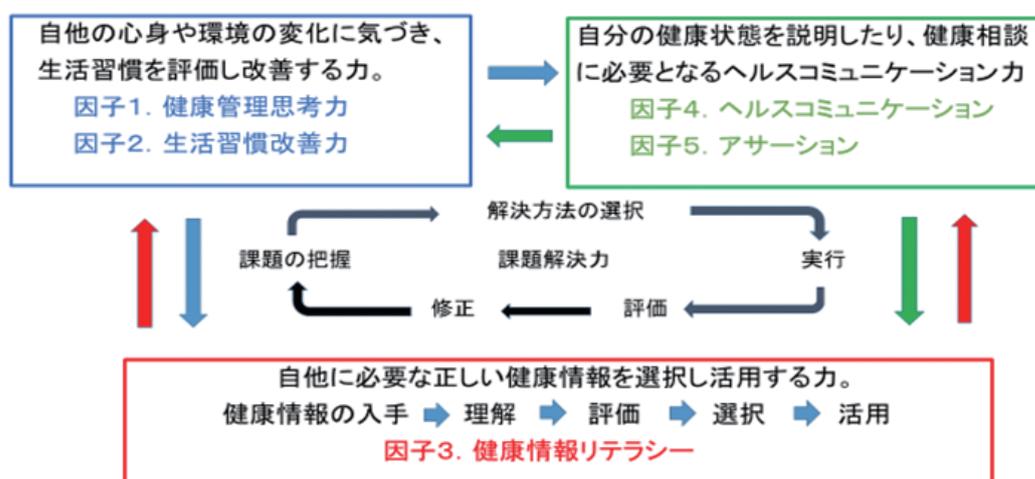


図1 日本の中学生に育成すべきヘルスリテラシーの概念構造

テラシーの下位概念として、「対人コミュニケーション」、「社会と健康の関係」、「計画立案と実行」、「健康の規定要因」、「意思決定」、「リスク認知」、「社会参加」の7つを示している¹³⁾。この7因子からは、保健教育の目標として、社会と健康の関係や健康の規定要因を知識として学び、その知識に基づき健康リスクの認知を行い、さらに対人コミュニケーションを通じて意思決定を行い、計画立案により行動する。そして個人で解決できない健康課題に対しては、家族や身近な地域等のヘルスプロモーション活動に参加し解決するといった、習得した知識を実生活へ生かす行動変容の過程をイメージすることができる。

次に山本らは、日本の中学生に必要なヘルスリテラシーの要因を調査し、ヘルスリテラシーの因子分析の結果より、1. 健康管理思考力、2. 生活習慣改善力、3. 健康情報リテラシー、4. ヘルスコミュニケーション、5. アサーションの5因子を明らかにしている。そして中学校保健教育で育成すべきヘルスリテラシーに関して、5因子3構造からなる概念構造図を提案した¹⁴⁾(図1)。この提案は、平成29年告示中学校学習指導要領保健分野における、保健の目標として、ヘルスリテラシーの育成に主眼を置き、保健の見方・考え方をヘルスリテラシーの視点から検討したものである。

(5) 平成30年告示高等学校学習指導要領と本研究との関連

平成30年告示高等学校学習指導要領解説保健体育編では、健康に関する課題解決力と課題解決に向けた健康情報の活用力の育成が重視されている。2016年12月中央教育審議会答申では、保健教育で育成を目指す資質・能力として、健康課題を把握し、適切な情報を選択、活用し、課題解決のために適切な意思決定をする力を挙げており、そのために必要な力として、1. 自他の健康課題を発見する力、2. 健康情報を収集し批判的に吟味する力、3. 健康情報や知識を活用して多様な解決方法を考える力、4. 多様な解決方法の中から、適切な方法を選択・決定し、自他の生活に生かす力、5. 自他の健康の考えや解決策を、対象に応じて表現する力の5点が挙げられている¹⁵⁾。この提案に基づき、添付資料には、保健分野の学びのプロセスとして、思考力、判断力、表現力の学習内容と学習過程が示された。

図2は、その学習内容と、山本が示したヘルスリテラシー5因子との関連性を示したものである。健康課題への気づき、発見、対処に対応するリテラシーとして健康管理思考力、生活改善や新たな課題の設定に対応するリテラシーとして生活習慣改善力、健康情報の収集・選択・分析と健康情報や取得した知識・技能の活用に対応するリテ

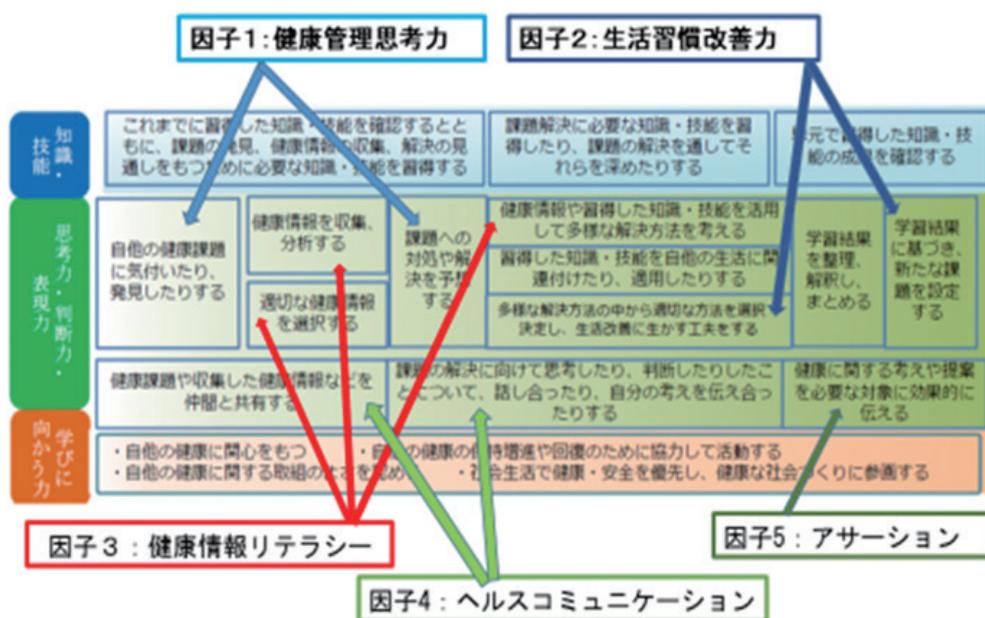


図2 保健分野の学習内容とヘルスリテラシーの関連

ラシーとして健康情報リテラシー、健康課題や収集した健康情報などを仲間と共有する力に対応するリテラシーとしてヘルスコミュニケーション、健康に関する考えを必要な対象に効果的に伝える力に対応するリテラシーとしてアサーションが当てはまることを示している。

このように、平成30年告示高等学校学習指導要領科目保健では、健康に関する課題解決力と情報活用力といった、ヘルスリテラシーの下位概念に関連した能力の育成が目標に掲げられており、ヘルスリテラシーの形成により、現行学習指導要領が課題としている、習得した知識を実生活や実社会に活用する能力が高まることが期待されている。

そこで本研究では、平成30年告示学習指導要領高等学校科目保健において、健康に関する課題解決力と情報活用力の育成のために必要な基礎資料を得るため、高校生のヘルスリテラシーを調査した。

2. 研究方法

(1) 調査対象

某国立大学附属高等学校の生徒341名の内、回

答に不備があった9名を除き、332名（高校1年生165名、高校2年生167名）のデータを分析の対象とした。

(2) 調査時期

2014年7月

(3) 調査方法

山本らが開発したヘルスリテラシー尺度（以下HLSとする）¹⁶⁾を用い、対象高校生のヘルスリテラシーの傾向を調査した。同時に文部科学省が体力テスト時に毎年実施している生活習慣に関する質問項目10項目と保健学習推進委員会が2010年に実施した保健学習調査¹⁷⁾のうち、小・中・高等学校共通に知識理解を問う質問項目50問を調査した。生活習慣に関する項目は、「1週間の運動・スポーツの実施頻度」「朝食の有無」、「1日の睡眠時間」等の10項目である。知識理解を問う項目は、「日本では、人々の健康を増進するための法律として健康増進法がある。」、「人は、できるだけいろいろな種類の食品を食べた方が健康に良い。」「体の成長を促すホルモンは、睡眠中に多く出る。」などの50問である。

(4) 分析方法

HLSを得点化（とても当てはまる5点、やや当てはまる4点、どちらともいえない3点、あまり当てはまらない2点、当てはまらない1点）し、それぞれの因子ごとに平均値を算出した。得点が高いほどヘルスリテラシーが高いと判断する。HLS得点平均値を用い、次の3点を分析した。分析には、SPSS25.0 for windowsを用いた。

- ①HLS得点の5因子合計平均値と因子別平均値について、学年差及び男女差を検証するため、独立したサンプルのt検定を実施した。
- ②保健学習調査50問を得点化（1問1点、50点満点）し、HLS得点平均値との関連（Pearsonの相関係数）を調査した。
- ③生活習慣に関する質問項目10項目を得点化（例えば問3「朝食を毎日食べますか」では、毎日食べる2点、ときどき欠かす1点、全く食べない0点、10項目20点満点）し、HLS得点平均値との関連（Pearsonの相関係数）を調査した。

(5) 倫理的配慮

本研究は、研究方法や倫理上の配慮に関して、東京学芸大学研究倫理委員会の承認を得ている。また研究の目的と研究方法について保護者及び生徒に説明し、以下の点について了承を得た。1. 質問紙調査では統計処理番号を使用し、個人の氏

名を特定出来ない方法で分析を行う。2. データは、研究の目的のみに使用する。

3. 研究結果

(1) HLS得点 (表3)

①高校1, 2年生合計

HLS 5因子合計得点平均値は、3.29 (SD 0.57)であった。HLS得点平均値を因子別に見ると、因子1（健康管理思考力）が3.65 (SD 0.74)、因子2（生活習慣改善力）が3.29 (SD 0.81)、因子3（健康情報リテラシー）が2.94 (SD 0.73)、因子4（ヘルスコミュニケーション）が3.32 (SD 0.89)、因子5（アサーション）が3.83 (SD 0.66)という結果であった。

②学年別

HLS得点を学年別に見ると、5因子合計得点平均値は、1年3.32 (SD 0.56)、2年3.27 (SD 0.61)という結果であった。独立したサンプルのt検定の結果、5因子全てにおいて有意差は認められなかった。

③男女別

HLS得点を男女別に見ると、5因子合計得点平均値は、男子3.23 (SD 0.60)、女子が3.35 (SD 0.53)という結果であった。

因子別では、因子4（ヘルスコミュニケーション）のHLS得点平均値は、男子が3.16 (SD 0.89),

表3 HLS得点・保健知識得点・生活習慣得点（全体・学年別・男女別）

	学年別				男女別		
	全体	1年	2年	t 値	男子	女子	t 値
	n=332 平均値(SD)	n=165 平均値(SD)	n=167 平均値(SD)		n=169 平均値(SD)	n=163 平均値(SD)	
因子1. 健康管理思考力	3.65 (0.74)	3.64 (0.71)	3.65 (0.78)	0.15	3.67 (0.74)	3.62 (0.75)	0.624
因子2. 生活習慣管理力	3.29 (0.81)	3.29 (0.79)	3.29 (0.84)	0.066	3.24 (0.86)	3.35 (0.77)	-1.223
因子3. 健康情報リテラシー	2.94 (0.73)	2.97 (0.75)	2.90 (0.70)	0.798	2.88 (0.78)	3.00 (0.67)	-1.460
因子4. ヘルスコミュニケーション	3.32 (0.89)	3.40 (0.92)	3.25 (0.86)	1.531	3.16 (0.89)	3.50 (0.87)	-3.458**
因子5. アサーション	3.83 (0.66)	3.86 (0.67)	3.80 (0.66)	0.767	3.78 (0.69)	3.89 (0.63)	-1.151
HLS 5因子合計	3.29 (0.57)	3.32 (0.54)	3.27 (0.61)	0.854	3.23 (0.60)	3.35 (0.53)	-1.874
保健知識得点	37.13 (5.18)	36.48 (5.67)	37.76 (4.58)	2.257*	37.60 (5.47)	36.64 (4.83)	1.692
生活習慣得点	9.80 (2.75)	9.87 (2.90)	9.73 (2.60)	0.47	9.96 (2.74)	9.63 (2.77)	1.101

**<0.01 *<0.05

女子が3.50 (SD 0.87) であり、独立したサンプルの t 検定の結果、1%水準で有意差が認められた ($t(330) = -3.458, p < .01$)。また、Cohen の効果量を算出した結果、 $d=0.39$ であった。その他の因子では有意差は認められなかった。

(2) 保健知識得点

①高校1, 2年生合計

保健知識得点平均値は、50点満点中37.13 (SD 5.18) という結果であった。100点換算では、74.26点となる。

②学年別

保健知識得点平均値を学年別に見ると、1年36.48 (SD 5.67)、2年37.76 (SD 4.58) であった。独立したサンプルの t 検定の結果、5%水準で有意差が認められた ($t(330) = 2.257, p < .05$)。また、Cohen の効果量を算出した結果、 $d=0.12$ であった。

③男女別

保健知識得点平均値を男女別に見ると、男子37.60 (SD 5.47)、女子36.64 (SD 4.83) であった。独立したサンプルの t 検定の結果、男女に有意差は認められなかった。

(3) 生活習慣得点

①高校1, 2年生合計

生活習慣得点平均値は、20点満点中9.80 (SD 2.78) であった。100点換算では、49.0点となる。

②学年別

生活習慣得点平均値を学年別に見ると、1年9.87 (SD 2.90)、2年9.73 (SD 2.60) であった。独立したサンプルの t 検定の結果、有意差は認められなかった。

③男女別

生活習慣得点平均値を男女別に見ると、男子9.96 (SD 2.74)、女子9.63 (SD 2.77) であった。独立したサンプルの t 検定の結果、男女に有意差は認められなかった。

(4) HLS得点, 保健知識得点, 生活習慣得点の相関 (表4)

①保健知識得点と生活習慣得点の相関

高校1, 2年生合計の保健知識得点平均値と生活習慣得点平均値に相関は認められなかった。

②HLS得点と保健知識得点の相関

高校1, 2年合計のHLS得点平均値と保健知識得点平均値の相関を調べた結果、HLS 5因子合計得点平均値と保健知識得点平均値に相関は認められなかった。また、因子別HLS得点平均値と保健知識得点平均値にも相関は認められなかった。

③HLS得点と生活習慣得点の相関

高校1, 2年合計のHLS得点平均値と生活習慣得点平均値の相関を調べた結果、HLS 5因子合計得点平均値と生活習慣得点平均値の間で弱い正の相関が認められた ($r=.340, p < .01$)。因子別では、因子1 (健康管理思考力)、因子2 (生活

表4 HLS得点と保健知識得点及び生活習慣得点との相関

HLSの各因子	保健知識得点との相関	生活習慣得点との相関
因子1. 健康管理思考力	0.067	0.370**
因子2. 生活習慣改善力	0.001	0.388**
因子3. 健康情報リテラシー	0.075	0.249**
因子4. ヘルスコミュニケーション	-0.047	0.143**
因子5. アサーション	0.042	0.118*
HLS因子合計	0.050	0.340**
保健知識得点	-	0.018
生活習慣得点	-	-

n=332 **<0.01 *<0.05

習慣改善力), 因子3 (健康情報リテラシー) の HLS得点平均値と生活習慣得点平均値に弱い正の相関が認められた

(因子1 : $r = .370$, $p < .01$),

(因子2 : $r = .388$, $p < .01$),

(因子3 : $r = .249$, $p < .01$).

因子4 (ヘルスコミュニケーション), 因子5 (アサーション) のHLS得点平均値と生活習慣得点平均値では, ほとんど相関が見られなかった.

4. 考察

(1) 高校生のヘルスリテラシー尺度得点

①高校1, 2年生全体の傾向

高校1, 2年生のHLS得点5因子合計平均値は, 3.29 (SD 0.57) であり, 5段階尺度法 (5点満点) の「どちらともいえない」に該当する, ほぼ中央値であり, ヘルスリテラシーは, 概ね満足できる段階 (4.0) まで, 身につけていない現状が示唆された. 因子別に見ると, HLS得点平均値の最も高い因子は, 因子5アサーション3.83 (SD 0.66) であり, 最も低い因子は, 因子3健康情報リテラシー2.94 (SD 0.73) であった.

アサーションが他因子に比して高い理由として, 現行学習指導要領高校科目保健では, 科学的根拠に基づいた知識の理解が目標として掲げられているため, 学んだ知識を学習プリントやノートに整理する際に, その理由を明らかにしながら記述することが求められており, このような学習活動により, アサーションに含まれる根拠を説明しながら自分の意見を主張する力が高まっていることが推察される.

健康情報リテラシーが他因子に比して低い点については, 山本らが中学生 (1, 2, 3年生) を対象に実施したHLS調査結果¹⁸⁾と同様であり, 小, 中, 高等学校の系統的な保健教育において, 健康情報リテラシーを育成するという視点が弱いことが推察される. Nakayamaらは, 健康情報を入力し意思決定する行動の困難度を測定する尺度 (HLS-EU-Q47) を用い, 日本人の成人を対象に

調査した結果, 欧州人に比べ日本人の方が健康情報の活用を「困難」と感じている人の割合が高いことを明らかにしている¹⁹⁾. そしてその一要因として子どもの頃からの健康教育が十分機能していないことを指摘しており, 本研究の結果は, その指摘を裏付けるものとなった.

②学年別傾向

HLS得点平均値は, 高校1年3.32 (SD 0.56) と, 高校2年3.27 (SD 0.61) で有意差は見られなかった. この結果は, 現行高等学校学習指導要領 (平成22年告示) の保健教育の内容では, ヘルスリテラシーが段階的に育成されていないことを示唆している.

③男女別傾向

HLS 5因子合計得点平均値に, 男女差は認められなかったが, 因子別では, 因子4 (ヘルスコミュニケーション) のHLS得点平均値に男女差が認められた. この結果より, 高校1, 2年生のヘルスコミュニケーションは, 女子に比して男子の方が低い可能性が示唆された. 健康に関する相談やアドバイス等に必要となるコミュニケーション力の育成には, この傾向を考慮した学習内容の検討が必要である.

(2) 保健知識得点

①学年別傾向

保健知識得点平均値は, 高校1年生36.48 (SD 5.67), 高校2年生37.76 (SD 4.58) であり, t 検定の結果, 5%水準で有意差が認めれたが, 効果量はほとんど見られなかった. この結果は, 高校1, 2年生の保健知識得点は, ほとんど学年差がみられないことを示しているが, 高校1, 2年生ともに100点換算にして7割を超えている点から, 両学年ともに保健学習で学んだ知識を概ね理解していることが明らかとなった.

②男女別傾向

保健知識得点平均値を男女別に見ると, 男子37.60 (SD 5.47), 女子36.64 (SD 4.83) であり, 有意差は認められなかった. 保健知識の理解とい

う点で、男女差がないことが明らかとなった。

(3) 生活習慣得点

①高校1，2年生全体の傾向

高校1，2年生の生活習慣得点平均値は、9.80 (SD 2.75) であり、20点満点の中間得点より若干低い得点であった。この値は、山本らが中学生(1，2，3年)を対象に実施した生活習慣得点平均値11.6 (SD 3.1) より低く、高校生の生活習慣は、中学生に比して悪化しており、食生活、睡眠時間、運動時間など個別の課題があることがわかった。

高校生は、中学生に比して、生活習慣に関する保護者からの管理が弱まり、食生活や睡眠時間等自主的に選択、判断する機会が増えるが、その能力は、決して高いものではないことが推察される結果となった。

また、生活習慣得点平均値は、学年別、男女別のいずれも有意差が認められなかったことから、高校1，2年生の生活習慣に関する課題解決には、高校生全体の傾向を示した後、個人のライフスタイルによる個別の課題について考え、改善するための計画を立てさせる等の学習内容が適しており、そのような活動を通じて、実生活へと繋がる保健教育が求められる。

(4) HLS得点，保健知識得点，生活習慣得点の 相関

①保健知識得点と生活習慣得点の相関

高校1，2年生合計の保健知識得点平均値と生活習慣得点平均値に相関は認められなかった。この結果は、平成29年12月の中央教育審議会答申が、現行学習指導要領保健教育の課題として指摘している、習得した知識を実生活や実社会へ活用できていないことを裏付けるものである。

保健教育において、科学的根拠に基づいた正しい知識を理解することは重要であり、本研究の対象となった国立大学附属高校は、進学校ということもあり、保健知識得点は、保健学習推進委員会

が2010年に調査した全国平均値より高い。しかし、その習得した知識が、生活習慣へ影響を与えていない可能性が示唆された。

②HLS得点と保健知識得点の相関

高校1，2年合計のHLS得点平均値と保健知識得点平均値に、相関は認められなかった。また、HLS因子別得点平均値と保健知識得点平均値の相関も認められなかった。

この結果は、現行の高等学校学習指導要領(2009年改訂)における保健教育の学習内容が、保健知識の理解に止まっており、実生活における生活習慣の課題について気付いたり、課題解決の方法を検討する力が身につけていない可能性を示唆している。前述したように、ヘルスリテラシーは、健康に関する知識を活用する能力であり、ヘルスリテラシーを育成することにより、学んだ知識を、生活習慣の改善等に活用することが可能となる保健教育の検討が必要である。

③HLS得点と生活習慣得点の相関

高校1，2年合計のHLS得点平均値と生活習慣得点平均値の間に弱い正の相関(.340)が認められた。この結果は、高校生のHLS得点と生活習慣には、何らかの関連性があることを示唆している。HLS 5因子の中で、生活習慣と関連が高い因子が、生活習慣改善力と健康管理思考力の2因子であったことから、高校生の生活習慣には、行動するための改善力だけでなく、自分の生活習慣を評価する等の思考力も関係していることが示唆された。

さらに健康情報リテラシーも生活習慣と弱い相関を示しており、これら3つの能力を高めることが、高校生の健康に影響を与える生活習慣を評価する力を高め、課題を改善する行動力に繋がる可能性を示唆している。

今回の調査では、高校生のHLS因子4(ヘルスコミュニケーション)及び因子5(アサーション)と生活習慣の相関は認められなかったが、山本らが、中学生を対象に実施したHLS調査の研究結果では、両因子とも生活習慣得点と弱い相関が

認められており、この2因子と生活習慣の相関については中学生と高校生で違いが見られる結果となった。この点の分析については、今後さらなる調査が必要である。

5. まとめ

本研究の結果、現行学習指導要領における高校生のヘルスリテラシーは、概ね満足できる値に達していないことが明らかとなった。因子別では、健康情報リテラシー尺度得点が最も低く、健康に関する情報活用力に課題があることが示唆された。この結果は、山本らが中学生を対象に実施したHLS調査結果と同様の傾向を示している。小・中・高等学校の学習指導要領では、12年間を通じた系統的な保健教育が求められており、現行学習指導要領では、ヘルスリテラシーに関する学習内容が少なく、段階的に育成されていないことが推察された。

Nakayamaらは、日本人成人の病気の予防に関するヘルスリテラシーは、欧州人に比して知識理解までは大きな差は見られないが、評価と活用という段階で困難と感じている割合が高いことを明らかにしている²⁰⁾。本研究でも、高校生の保健知識得点と生活習慣得点には相関が認められなかった。山本らが示したヘルスリテラシーの5因子は、保健知識と生活習慣を結びつける能力であり、ヘルスリテラシーの育成により上記の課題を解決する可能性がある。

平成30年公示高等学校学習指導要領保健科目では、自他の健康に関する課題を発見し、健康情報や知識を吟味し、活用して多様な解決方法を考えるとともに、これらの中から適切な方法を選択・決定し自他の生活に活用することが示されている。新学習指導要領が掲げる、課題解決力や情報活用力を高めるために、保健教育の学習内容として、ヘルスリテラシーを育成することは、今後の重要課題である。

6. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、国立大学附属を対象としており、研究の結果を一般化するためには、公立の高等学校等で追加調査を行う必要がある。また、本研究の調査時期は、1学期末（7月中旬）であったため、正確に各学年の状況を把握するという点で課題が残った。

平成29年、30年告示学習指導要領における保健教育では、小中高12年間の系統性を踏襲して学習内容を計画することとなっている。本研究により、中学生及び高校生のヘルスリテラシーの傾向について、ある程度明らかになった。今後は、小学生を対象にヘルスリテラシーの調査を行い、12年間の発達段階を踏まえた授業研究及びカリキュラム研究に繋げたい。

引用・参考文献

- 1) Joint committee on Health Education Terminology. Report of the 1990 Joint Committee on Health Education Terminology. *Journal of Health Education* 1991 ; 22 : 97-110.
- 2) Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int* 1998 ; 13 (4) : 349-364.
- 3) 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 : 18-19.
- 4) (前掲3) ; 80.
- 5) The California Department of Education: Health framework for California public schools kindergarten through grade twelve. The California Department of education. 1994.
- 6) The joint committee on National Health Education Standards (AAHE,ASHA,APHA,SSDHPER) : National Health Education Standards; second edition: Achieving Excellence. American Cancer Society. 2007.
- 7) St Leger. Schools health literacy and public

- health: possibilities and challenges, Health Promotion Int 2001 ; 16 (2) : 197-205.
- 8) 中山健夫. 子どもたちのための健康情報リテラシー. 子どもの健康科学 2008 ; 9 (1) : 65-70.
- 9) 江藤真生子. 中学校保健授業における「広告分析」授業の検討—生徒の思考力に及ぼす影響に関する一考察—. 琉球大学教育学部教育実践総合センター紀要 2011 ; 18 : 153-161.
- 10) 高泉佳苗 他3名. 健康的な食生活リテラシー尺度の信頼性および妥当性—インターネット調査による検討—, 日本健康教育学会誌 2012 ; 20 (1) : 30-40.
- 11) 山本浩二, 渡邊正樹. 健康情報リテラシーを育てる中学校保健授業の研究—健康情報評価カードの開発と授業効果の分析—, 日本教科教育学会誌 2014 ; 37 (2) : 29-38.
- 12) 大久保智恵 他5名. 中学校におけるこころの健康とメンタルヘルスリテラシーに関する心理教育とその効果についての研究. 奈良教育大学教育実践総合センター研究紀要 2011 ; 20 : 79-84.
- 13) 渡邊正樹. 大学生のヘルス・リテラシーの評価. 日本健康心理学会第13回大会発表論文集 2000 : 188-189.
- 14) 山本浩二, 渡邊正樹. 中学生におけるヘルスリテラシーの構造と保健知識及び生活習慣との関連—中学生用ヘルスリテラシー尺度の開発と保健教育への応用の検討—, 日本教科教育学会誌 2018 ; 41 (2) : 15-26.
- 15) 中央教育審議会. 幼稚園, 小学校, 中学校, 高等学校及び特別支援学校の学習指導要領等の改善及び必要な方策等について (答申) 2016 : 186-188.
- 16) 山本浩二, 渡邊正樹. 中学生におけるヘルスリテラシーの構造と保健知識及び生活習慣との関連—中学生用ヘルスリテラシー尺度の開発と保健教育への応用の検討—, 日本教科教育学会誌 2018 ; 41 (2) : 15-26.
- 17) 保健学習推進委員会. 保健学習推進委員会報告書 2010.
- 18) (前掲16)
- 19) Nakayama K, Osaka W, Togari T, et al. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe a validated Japanese-language assessment of health literacy. BMC Public Health 2015 ; 23 (15) : 505.
- 20) (前掲19) : 505.

