

**科学研究費助成事業 研究成果報告書**

平成 27 年 6 月 25 日現在

機関番号：32633

研究種目：基盤研究(B) (一般)

研究期間：2011～2014

課題番号：23390497

研究課題名(和文)ヘルスリテラシー不足の患者・家族・市民を発見・支援する看護学習コンテンツ開発

研究課題名(英文) Development and Evaluation of Web-Based Educational Content to Help Nurses Enhance Health Literacy Skills among Patients and Their Families

研究代表者

中山 和弘 (NAKAYAMA, Kazuhiro)

聖路加国際大学・看護学部・教授

研究者番号：50222170

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 13,300,000円

研究成果の概要(和文)：ヘルスリテラシー、健康関連の情報を獲得し理解し評価し適用する能力は健康とWell-beingの中心的要素である。本研究では、先行研究と欧米のヘルスリテラシーに関する情報サイトを基に、我が国のヘルスリテラシー不足の患者・家族・市民を支援する看護学習コンテンツを開発しサイトに掲載しプロセス評価を実施した。その結果、サイト全体への満足度は9割程度、他者に勧めたい割合は8割を超えた。またヘルスリテラシー向上の効果を評価するため2種類のヘルスリテラシー尺度の開発とそれぞれの調査を行い、それぞれの尺度の信頼性と妥当性を確認した。

研究成果の概要(英文)：Health literacy, or the ability to access, understand, appraise, and apply health information, is central to individuals' health and well-being. We developed web-based educational content for nurses to help them improve communication with patients and their families, who, based on previous research and publicly available information on health literacy websites in Europe and the United States, have limited health literacy. We launched our website and updated this content on it, mentioning that the site contains sequential information about health literacy from 2010. A survey was conducted to determine the target audience's acceptability of our website. Approximately 90% of the participants were satisfied with our website, and nearly 80% said that they would recommend it to others. Moreover, we developed two outcome measures to evaluate health literacy among Japanese people, and their reliability and validity were examined through two cross-sectional surveys.

研究分野：医歯薬学

キーワード：ヘルスリテラシー ヘルスコミュニケーション 看護情報学 意思決定支援 保健医療社会学

## 1. 研究開始当初の背景

総務省の2005年の調査によれば、健康情報の入手先のトップはインターネット(62.9%)であった。2009年の調査では医療・健康のサービスをICT(Information and Communication Technology)で受けたいという人が4分の3を占めた。この背景には、即座に更新される最新情報、ブログ等の存在が大きい。同時期のアメリカのデータでは、医師受診前に75%、受診後に70%の人がインターネットを見ており、最も見たいものとして体験談を挙げている。そのため、欧米の医療情報学や看護情報学は、医療者中心の情報だけでなく、消費者を中心とした消費者健康情報学(Consumer Health Informatics)を重視するようになった(Gunther, 2000)。消費者がエビデンスと、より自分に合ったナラティブ(自分の意向や好みなど)に基づいたヘルスサービスを受けられる方向への転換が生じていると言える。看護情報学の動向として、第9回国際看護情報学会では“Consumer-centered”がテーマとなり、WHOのヘルスプロモーション世界会議や欧米での健康政策では、自分の健康や医療に関する情報の収集、理解、活用によりQOLの維持・向上のために適切な意思決定ができる能力、すなわちヘルスリテラシーが中心課題となった。2010年、アメリカ厚生省はNational Action Plan to Improve Health Literacyを発表した。すべての人が、健康情報を得た意思決定(informed decisions)をする権利を持ち、保健医療サービスは、誰にもわかりやすく提供されなければならないというものである。

患者は自分の心身の状況を正確に医療者に説明できないと、コミュニケーションが成立せず適切な医療が受けられない。アメリカを中心に多く研究されてきたヘルスリテラシーの低さによる影響には、各種健康アウトカムの不良、セルフマネジメントのスキルが低い、救急医療サービスを利用しやすい、入院率が高い、療養上の説明や指導を理解できない、検診受診率が低い、治療が遅れたり治療ミスに結びつきやすいことなどが挙げられている。社会経済的階層が高い人であっても健康や医療の情報を理解し、意思決定するには困難を伴うことが報告されている。それが容易でないことは、客観的データの提示方法で心理的影響が異なるというフレーミング効果でも示される。たとえば、手術について、「生存率95%」と伝えるのと「死亡率5%」と伝えるのでは、患者の意思決定の結果が異なることが知られている。この現状を踏まえアメリカではすでに医師と看護師の継続教育や基礎教育が試みられている(Sand et al., 2010)。看護職は、対象の最も近いところで、有効なかかわりができると考えられる。アメリカでは、医師が健康サイトを紹介する割合が59%に対し、看護師は83%と高い。看護職の学習を積極的に勧めることが求め

られる。事実、消費者健康情報学においては、欧米では看護領域の研究者が多く、代表的テキストで中心的な役割を果たしている(Debra et al., 2005; Marion et al., 2005)。

我が国の場合、国立医療保健科学院の「患者満足度調査」(2005)によれば「看護師に質問や相談をしたが、対応してくれなかった」が看護師に対する不満のトップであった。我が国では、看護師の忙しさという要因だけでなく、ヘルスリテラシーに関する知識やヘルスリテラシー向上のための支援に関する教育が看護基礎教育および継続教育においてほとんど行われていないこと、最新情報や情報活用への必要性を感じながらも学習をしにくい現状が要因と考えられる。

## 2. 研究目的

本研究の目的は、ヘルスリテラシーの不足が原因で健康や医療に関する情報を、1) 収集、2) 理解、3) 活用するという3つのプロセスにおいて、問題や困難に直面し、適切な意思決定ができていない患者、家族、市民を早期発見し、支援するための方法を明らかにし、それを看護基礎教育と継続教育で活用できる学習コンテンツを開発し評価することである。

具体的達成目標は、看護師が市民のヘルスリテラシーを向上する上で役立つ学習コンテンツを開発すること(学習コンテンツは看護師による市民を対象とした教育ツールとしての活用性も踏まえたものとして開発する)、開発したコンテンツ提供によるプロセスおよびアウトカム評価指標を開発することである。

本研究により、市民と医療者のヘルスコミュニケーションの活性化および、人々の健康を支えあうつながりを醸成するコーディネーターとしての看護職の役割、看護情報学の確立を目指す。

## 3. 研究方法

### (1) ヘルスリテラシー向上のための学習コンテンツ開発

#### ヘルスリテラシー不足の現状把握

学習コンテンツ開発に向け、まず患者や市民のヘルスリテラシーの現状を把握する必要があった。そこで、患者を対象とした調査とブログとQ&Aサイトによる情報収集を行った。

#### <患者を対象とした調査>

2011年度に乳がん患者対象、2012年度に保存期腎不全患者対象の自記式質問紙調査を実施した(研究にあたり所属施設の倫理審査委員会の承認を得た)。

#### <ヘルスリテラシー不足の現状把握>

患者と医療者のヘルスリテラシー不足から生じるディスコミュニケーション(ミスコミュニケーション)を表すキーワードの抽出とディスコミュニケーションのパターン化を目的とし、日本語で記載されたブログと

Q&A サイトより、患者とコミュニケーションを取ることが多い医師に関するキーワード「医者」「主治医」と、コミュニケーションとそこに関連するキーワード「説明」「納得」「態度」「疎通」「不満」「変えたい」「納得できない」「言えない」を組み合わせインターネットによる検索を実施し 2013 年 9 月 19 日に内容が閲覧でき患者と医療者のディスコミュニケーションの記述があるもの 26 件を分析対象とした。ディスコミュニケーションの実態は、医療者に直接伝わるのが少ない。匿名性を保持したまま情報発信ができるため、患者や家族の本音が出ている可能性があると考えブログや Q&A サイトより情報を得た。

### コンテンツ収集

NHS(National Health Service)、CDC (Centers for Disease Control and Prevention)、AHRQ(Agency Healthcare Research & Quality)、NLM (National Library of Medicine)、大学などで続々と公開されるヘルスリテラシー向上のためのコンテンツ、専門職向けの向上支援プログラム、ヘルスリテラシーを向上するためのわかりやすいコンテンツ作成のノウハウ等を収集・分析し、コンテンツ作成の資料とした。

### (2) 評価指標の開発

#### プロセス評価指標の検討と評価

学習コンテンツの内容適切性を検討する目的で、NHS、AHRQ、NLM などのサイト評価指標を参考に、コンテンツのわかりやすさ・使いやすさ(13項目)、満足度・利用方法(10項目)、サイトへの改善点(自由記載)を作成した。作成した項目はメンバー間で内容妥当性を確認後、所属施設の倫理審査委員会の承認を得てプロセス評価を実施した。学習コンテンツを掲載したホームページを訪れた人を対象とし、任意で評価項目への回答を得た。

### 包括的ヘルスリテラシー測定尺度の開発 - HLS-EU-Q47 日本版の開発 -

ヨーロッパで開発された一般住民を対象とした包括的なヘルスリテラシーの測定尺度である European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47) (Sørensen et al., 2012)を日本語に翻訳し信頼性と妥当性について検討した。

和訳およびバックトランスレーションを経て、47 項目からなる日本語版を作成した。質問例としては「喫煙、運動不足、お酒の飲みすぎなどの生活習慣が健康に悪いと理解するのは」に対して「とても簡単」「やや簡単」「やや難しい」「とても難しい」「わからない/あてはまらない」で回答するものである。調査会社にモニター登録している全国の 20~69 歳の男女を対象に、2014 年 3 月に Web による質問紙調査を実施し、1200 名か

ら回答を得た(研究にあたり所属施設の倫理審査委員会の承認を得た)。

### 批判的ヘルスリテラシー尺度の開発

に加え近年、健康を考えるうえで重要視されるようになっている「健康の社会的決定要因」に焦点を当てたヘルスリテラシー尺度を開発した。WHO による健康の社会的決定要因に関する文書を参考に質問項目を開発し、プレテストを経て Web による本調査を行った。得られた調査会社にモニター登録している全国の 20~69 歳の男女 1000 名を対象に Web による質問紙調査を実施し尺度としての信頼性と妥当性の評価を行った(研究にあたり、所属施設による倫理審査委員会の承認を得た)。

## 4. 研究成果

### (1) ヘルスリテラシー向上のための学習

#### コンテンツ開発

#### ヘルスリテラシー不足による問題や困難の抽出と支援方法の検討

##### <患者を対象とした調査>

乳がん患者を対象とした調査：乳がん患者 977 名の回答を分析した結果、ソーシャルメディアは、相手の年齢や社会的地位を気にしない対等なコミュニケーションが可能であり、そこへの多数のしかも多様な参加者から、自分のニーズに合った情報を得られていることで、信頼、つながり、助け合いを形成していることを示唆するものであった。ソーシャルメディアは、患者で相互に支援可能なソーシャルキャピタルを形成しているともいえ、それがとくに対等性や多様性といった特徴を併せ持つことで、患者の主体的な問題解決行動に役立っていると考えられた。なかでも、ストレスが高い状態にある患者や、主治医からのサポートが十分でない患者では、ソーシャルメディアからソーシャルサポートを多く得られているほど、QOL が高くなっていた。すなわち、ソーシャルメディアが、主治医との関係性を補完している可能性が認められた。

慢性腎不全患者を対象とした調査：保存期腎不全患者 296 名を対象に塩分摂取量に関する変数(減塩実施度と尿中塩分排泄量)とヘルスリテラシー尺度(Ishikawa, 2008)、減塩食にするために得た情報源の関連を重回帰分析により分析した。その結果、減塩実施度の高さと尿中塩分排泄量の少なさはともにヘルスリテラシー尺度の下位尺度である相互作用のヘルスリテラシーの高さと関連していた。

##### <ヘルスリテラシー不足の現状把握>

ブログまたは Q&A サイトの相談 26 件の内容をディスコミュニケーションの場面がなぜ起きているのかを患者のヘルスリテラシーおよび医療者のヘルスリテラシーの観点から繰り返し読み、ディスコミュニケーションに関連するキーワードの抽出と、ヘルスリ

テラシー不足の視点からパターンに分類した。ディスコミュニケーションに関連するキーワードとして、患者がディスコミュニケーションを表すために用いるキーワードは、<ディスコミュニケーションの状況を表すキーワード>（意思の疎通が図れない、会話がかみ合わない、話が通じない、言えない、など）、<ディスコミュニケーションを引き起こす医師の態度を表すキーワード>（勝手に、当たり前のように、思いつきのように、あいまい、威圧感、など）、<ディスコミュニケーションによる患者の感情を表すキーワード>（不安、イライラ、なぜ？、不満、落ち込む、不愉快、腹が立つ、悲しみ、など）、<ディスコミュニケーションの結果>（納得できない、話が呑み込めない、わからない、理解できない、話したいと思えない、病院を変えたい、（患者の）勝手な判断）が挙げられた。26件のディスコミュニケーション場面は、【質問の仕方に課題がある】パターン、【伝え方に課題がある】パターン、【資源が有効に活用されていない】パターン、【患者がどの程度理解できているかの確認が不足している】パターン、【医療者の雰囲気や態度が適切ではない】パターンという5パターンで説明することができた。そのうち、前者の3パターンは、患者と医療者双方による改善が期待できるパターンであり、後者の2パターンは医療者の改善が必要とされるパターンであった。それぞれの内容には、パターンのうち1つが当てはまる場合とパターンのうち複数当てはまると読み取れる場合があった。

現状把握の結果を踏まえて、ヘルスリテラシー不足の解消するための学習コンテンツとして「質問の工夫」、「説明の工夫」、「繰り返しやティーチバックの手法を用いた確認方法の工夫」が必要であると考えられた。これらの学習コンテンツは看護師のみならず、医療者そして市民が学べる内容にすることで汎用性のあるコンテンツにすることができると考えられた。またヘルスリテラシー不足を解消するためには医療者の雰囲気も重要であり、「質問しやすい雰囲気づくり」や「心情の理解を相手にわかるよう示す」、「患者の質問を無視せず答えること」といった誠実な態度が求められていることがわかった。

### コンテンツ収集

収集したヘルスリテラシーに関する欧米のコンテンツは400以上発見された。その中からわが国でも有用と考えられるコンテンツ76コンテンツを抽出し、研究メンバーで内容の確認と分類を行った。(1)の結果と合わせて、学習コンテンツとして必要であると考えられた14コンテンツとさらに発見したコンテンツを参考に、平成26年度と平成27年度にかけてコンテンツを開発した。具体的に開発したコンテンツは、ヘルスリテラシー向

上のために「医療者ができること」、「患者ができること」、「ヘルスリテラシーとは何か?」、「医療者と患者と一緒に決める方法」、「社会経済的な格差と健康、それを知るのもヘルスリテラシー」、「ヘルスリテラシーの測定」、「意思決定のバイアス」、「ヘルスリテラシーのある組織」、「Webコミュニティのサポート機能」、「からだの教育」、「米CDC\_HLプログラム」、「生活の中で大事なことを踏まえて意思決定する方法」等である。

## (2) 評価指標の開発

### プロセス評価指標の検討と評価

コンテンツ掲載サイトを訪れた人を対象に任意によるWeb調査を実施した結果、サイト全体への満足度は9割程度、他者に勧めたい割合は8割を超えた。

### 包括的ヘルスリテラシー測定尺度の開発 - HLS-EU-Q47 日本語版の開発 -

有効回答が得られた1054名を分析対象とした。尺度は、情報の「獲得」「理解」「評価」「活用」という4つの能力について、「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、すなわち12次元で測定するものであるが、4つの能力別の探索的因子分析では、いずれもこれらの3因子構造が認められた。Cronbachの $\alpha$ 係数は、全項目では.97、4能力別には.91、.90、.91、.88で、12次元の個別での値は.77~.88の範囲にあり、信頼性においてはEU8か国での調査での数値と同様に.9前後を示した。因子分析の結果は、オランダにおける同尺度の因子分析と同様であり構成概念妥当性が確認でき、既存のヘルスリテラシー尺度との一定の相関からも基準関連妥当性が示された。EUでは面接調査であったが、わからないの回答割合に大差はなく、自記式でも測定が可能であると推察された。HLS-EU-Q47日本語版の信頼性と妥当性について確認できた。

47項目で「難しい」「やや難しい」+「とても難しい」と回答した割合は、EU(8か国：オーストリア、ブルガリア、ドイツ、ギリシャ、アイルランド、オランダ、ポーランド、スペイン：N=8102)の平均と比較すると全項目で高く、その差は最小値3.2%、最大値51.5%で、平均値は21.8%であった。差が大きかったものは「ヘルスケア」全般と「疾病予防」「ヘルスプロモーション」における「評価」「活用」であった。総得点(50点満点に変換)の平均値 $\pm$ SDは、EUが33.8 $\pm$ 8.0で、日本は25.3 $\pm$ 8.2であった。HLを「不足(inadequate)」(0-25)と「問題あり(problematic)」(26-33)に分類した割合は、EUでそれぞれ12.4%と35.2%で、日本は49.9%と35.5%であった。総得点を目的変数とした一般線形モデルでは、性年齢による有意差が認められ、女性で高く、高年齢ほど高かった。EUとは異なり、学歴と職業、所得では有意な差はなかった。同時に測定した既

存の5項目のHL尺度からみると、今回のサンプルは別の全国一般サンプルとの値に大きな差はなく、EUの尺度からみると日本人のHLは総じて低いと推察され、日本人のHLの低さを詳細に検討するため、より代表性の高いサンプル調査や、その背景要因と健康への影響を明らかにする必要性が示された。

### 批判的ヘルスリテラシー尺度の開発

有効回答が得られた958名を分析対象とした。女性480名、男性478名であり、平均年齢は45.9±13.4歳であった。分析の結果より、健康の社会的決定要因について情報を獲得し、理解し、評価し、活用することに対して、それがどの程度難しいかを問う34項目からなる尺度が構成された。尺度全体のCronbachの $\alpha$ 係数は.93、類似尺度との併存的妥当性は相関係数が0.738であった。理論的に、健康の社会的決定要因についてのヘルスリテラシーの高さは市民活動への参加傾向と関連が示唆されており、本調査でもヘルスリテラシーの得点は、市民活動へ参加している人程高いという結果が得られた。市民にとって社会的な環境そのものが健康に影響していると考えられることは、生活習慣が健康に影響していると考えられるより難しいと考えられるが、本尺度はそのことに市民が気づき、そして社会的環境をよりよくしていこうとする能力を測定する尺度として妥当な結果が得られた。また、健康の社会的決定要因に対するヘルスリテラシーを高め、その環境を変えていくためには個人ではなく、市民活動のような形でコミュニティベースな働きかけが重要だと推察された。

#### <引用文献>

- Deborah Lewis, et al. ed.: Consumer Health Informatics: Informing Consumers And Improving Health Care. Springer, 2005.
- Gunther Eysenbach: Recent advances: Consumer health informatics. BMJ, 320:1713-1716, 2000.
- Marion J. Ball, Rosemary Nelson ed.: Consumer Informatics: Applications and Strategies in Cyber Health Care. Springer, 2005.
- Sand-Jecklin, K., et al. Educating Nursing Students about Health Literacy: From the Classroom to the Patient Bedside. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 15 No. 3. 2010.
- Sørensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12:80.1-13, 2012.

### 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計16件)

- Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, Matsumoto M. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health*. 2015 May 23;15:505. doi: 10.1186/s12889-015-1835-x. (査読有)
- 中山和弘. column 患者の意思決定を支援する医療 ヘルスリテラシー入門, SMBC日興証券「医師のための経営情報」, 120号, 2014, p2-3. (査読無)
- 中山和弘. column 患者の意思決定を支援する医療 エビデンスとナラティブに基づいた医療, SMBC日興証券「医師のための経営情報」, 121号, 2014, p2-3. (査読無)
- 中山和弘. column 患者の意思決定を支援する医療 医療における患者の意思決定支援の方法, SMBC日興証券「医師のための経営情報」, 122号, 2014, p2-3. (査読無)
- 中山和弘. 【ヘルスリテラシーを向上させるために】ヘルスリテラシーが高い組織を築くために, *産業看護*, 6(6), 2014, 504-507. (査読無)
- 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*, 日本健康教育学会雑誌, 22巻1号, 2014, pp.76-87. (査読有)
- 中山和弘, 養護教諭のためのヘルスリテラシー講座 第1回 ヘルスリテラシーとは, 少年写真新聞中学保健ニュース, 第1559号付録, 2013, pp.4-5. (査読無)
- 中山和弘. 養護教諭のためのヘルスリテラシー講座 第2回 信頼できる情報としてのエビデンス, 少年写真新聞中学保健ニュース, 第1562号付録, 2013, pp.4-5. (査読無)
- 中山和弘. 養護教諭のためのヘルスリテラシー講座 第3回 コミュニケーションと意思決定, 少年写真新聞中学保健ニュース, 第1565号付録, 2013, pp.4-5. (査読無)
- 中山和弘. 養護教諭のためのヘルスリテラシー講座 第4回(最終回) 子どもたちの行動変容を促す工夫, 少年写真新聞中学保健ニュース, 第1567号付録, 2013, pp.4-5. (査読無)
- 中山和弘. ヘルスリテラシーとは女性の健康を決める力. 更年期と加齢のヘルスケア, 更年期と加齢のヘルスケア, 12巻1号, 2013, pp.44-49. (査読無)
- 瀬戸山陽子, 中山和弘. CDCによるヘルスリテラシー向上プログラムの紹介, *保健の科学*, 55巻7号, 2013, pp.491-496. (査読有)
- 中山和弘. 基礎教育で教えられなければならない情報リテラシー, *看護教育*, 54巻7

号, 2013, pp.550-559. (査読無)  
中山和弘. ヘルスリテラシー=健康を決める力とつながり, 健康開発, 18 巻 1 号, 2013, pp.23-30. (査読無)  
中山和弘, 【看護における社会的アプローチと実践】(第 1 章) 看護と社会学 双方からのアプローチ 看護学研究者の社会的アプローチ 健康社会学とヘルスプロモーション, インターナショナルナースングレビュー 35 巻 3 号 2012, pp.22-30. (査読無)  
中山和弘【市民に向けたがん情報の普及—その現状と課題—】市民に向けた情報提供のあり方について ヘルスリテラシーと情報を得た意思決定の支援, 保健の科学, 54 巻 7 号, 2012, pp.447-453. (査読無)

〔学会発表〕(計 9 件)

Sakyo, Y., Nakayama, K. An Analysis of Online Health Counselling Content on a Website Administered by a Nursing College, International Conference on Communication in Healthcare, 2014.9.28-2014.10.1, Amsterdam, Netherland.

Sakyo, Y., Nakayama, K. The characteristic consultation content of the online consultant. The 11th International Congress on Nursing Informatics, 2012.6.23-6.27, Montreal, Canada.

Setoyama, Y., Nakayama, K. Why patients with breast cancer use social media during the course of their illness. The 11th International Congress on Nursing Informatics, 2012.6.23-6.27, Montreal, Canada.

中山和弘, 大坂和可子, 戸ヶ里泰典, 米倉佑貴, 松本真欣, 関戸亜衣. 第 34 回日本看護科学学会学術集会, 2014.11.29-11.30, 愛知県名古屋市.

中山和弘, 大坂和可子, 戸ヶ里泰典, 石川ひろの, 米倉佑貴, 松本真欣, 関戸亜衣. 日本人のヘルスリテラシーは低いのか?—全国 Web 調査による EU8 各国との比較—, 第 73 回日本公衆衛生学会総会, 2014.11.5-11.7, 栃木県宇都宮市.

中山和弘, 大坂和可子, 戸ヶ里泰典, 石川ひろの, 米倉佑貴, 松本真欣, 関戸亜衣. ヘルスリテラシー測定尺度 HLS-EU-Q47 日本語版の開発, 第 23 回日本健康教育学会学術大会, 2014.7.12-7.13, 北海道札幌市.

唐澤美由紀, 中山和弘. ピアサポートとしてのインターネットコミュニティの機能と可能性 家族性大腸線種症患者のコミュニティの観察を通して, 第 40 回日本保健医療社会学大会, 2014. 5.17-5.18, 宮城県仙台市.

佐居由美, 中山和弘. 看護系大学が運営する Web サイト「相談ページ」についての

考察, 第 32 回日本看護科学学会学術集会, 2012.11.30-12.1, 東京.

田口良子, 安田奈緒子, 中山和弘, 今井具子. 女子大生の昼食選択および食リテラシーとの関連, 第 21 回日本健康教育学会学術大会, 2012.7.7-7.8, 東京.

〔図書〕(計 3 件)

中山和弘, 第 1 章第 3 節 住民側からの視点 (ヘルスリテラシー) 地域包括ケアシステムの成功の鍵 ~医療・介護・保健分野が連携した「見える化」・ヘルスリテラシーの向上~, 2015 年 3 月, 総ページ 255 ページ.

中山和弘, 第 4 章第 2 節 指標の設定・住民への周知啓発, 地域包括ケアシステムの成功の鍵 ~医療・介護・保健分野が連携した「見える化」・ヘルスリテラシーの向上~, 2015 年 3 月, 総ページ 255 ページ.

戸ヶ里泰典, 中山和弘, 放送大学教育振興会, 市民のための健康情報学入門, 2013, 239.

〔その他〕(計 2 件)

ホームページ

『健康を決める力』

<http://www.healthliteracy.jp/>

報道関連情報

毎日新聞社夕刊 2014 年 11 月 18 日

朝日新聞社夕刊 2014 年 11 月 18 日

6. 研究組織

(1) 研究代表者

中山 和弘 (NAKAYAMA, Kazuhiro)  
聖路加国際大学・看護学部・教授  
研究者番号: 5 2 2 2 1 7 0

(2) 研究分担者

佐居 由美 (SAKYO, Yumi)  
聖路加国際大学・看護学部・准教授  
研究者番号: 1 0 2 9 7 0 7 0

戸ヶ里 泰典 (TOGARI, Taisuke)  
放送大学・教養学部・准教授  
研究者番号: 2 0 5 0 9 5 2 5

石川 ひろの (ISHIKAWA, Hirono)  
東京大学・医学部付属病院・准教授  
研究者番号: 4 0 3 8 4 8 4 6

(3) 研究協力者

大坂 和可子 (OSAKA, Wakako)  
佐藤 繭子 (SATO, Mayuko)  
関戸 亜衣 (SEKIDO, Ai)  
瀬戸山 陽子 (SETOYAMA, Yoko)  
松本 真欣 (MATSUMOTO, Masayoshi)  
田口 良子 (TAGUCHI, Ryoko)  
米倉 佑貴 (YONEKURA, Yuki)