高齢者のICTスキルとヘルスリテラシー

三輪眞木子†　佐藤正惠‡　山下ユミ†‡磯部ゆき江‡‡阿部由美子†

|  |  |
| --- | --- |
| †放送大学miwamaki@ouj.ac.jp | ‡千葉県済生会習志野病院 |
| †‡京都府立図書館 | ‡‡二松学舎大学 |

抄録

年齢によるデジタルデバイドがあれば、高齢者はWeb上の健康医療情報へのアクセス機会が制約されるため、若年層と比較してヘルスリテラシーレベルが低い可能性がある。そこで、高齢者のICTスキルとヘルスリテラシーの関係を明らかにするために、①ICTスキルとヘルスリテラシーレベルにはどんな関係があるか、②高齢者の間に年齢・性別によるヘルスリテラシーレベルの違いはあるか、③ヘルスリテラシーレベルと生活習慣に相関があるか、の３つのリサーチクエスチョンに基づき、高齢者を対象にアンケート調査を実施した。

はじめに

高齢化が進む日本では、高齢者層の健康管理が重要課題となっており、健康寿命の延長方策が求められている。最新の医療情報の多くはインターネット上で提供されており、病気の治療に関する科学的根拠のある情報を獲得するには、インターネット上の医療情報を検索し評価できるヘルスリテラシーのスキルが求められている。しかしながら、65歳以上の高齢者は若年層と比較して病気になる確率が高いにもかかわらず、年齢によるデジタルデバイドゆえにインターネット上の医療情報へのアクセスが制限されている可能性がある。そこで、高齢者のICTスキルとヘルスリテラシーの関係を昭兄するために、①ICTスキルとヘルスリテラシーレベルにはどんな関係があるか、②高齢者の間に年齢・性別によるヘルスリテラシーレベルの違いはあるか、③ヘルスリテラシーレベルと生活習慣に相関があるか、の３つのリサーチクエスチョンに基づき実施した、高齢者を対象にアンケート調査結果を報告する。

先行研究

本研究を構成する主要概念は、ヘルスリテラシー、デジタルデバイド、および健康寿命である。以下では、これら3つの概念に関する先行研究レビューの結果基づく定説を述べる。

**2.1 高齢者のヘルスリテラシー**

　ヘルスリテラシーは。「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し意思決定をして、障害を通じて生活の質を維持・向上させることができるもの」と定義されている1)。近年、日本でも、治療における患者の積極的な関与が推奨されており、その実現には患者が自分の病気に関する知識を取得・評価し治療に関する意思決定に参加することが期待されている。したがって、高齢者を含む全ての患者、ひいては全ての市民にヘルスリテラシーが求められている。

　自己申告方式のヘルスリテラシー評価ツールが開発され、先行研究で使用されている。一般市民を対象に開発されたヘルスリテラシー評価ツールであるCommunication and Critical Health Literacy (CCHL)尺度を用いた研究では、ヘルスリテラシーが高い人ほどより健康的な生活習慣をもち、自覚症状が有意に少なかった2)。ヨーロッパで開発されたヘルスリテラシー評価尺度HLS-EU-Q47を用いた20歳～69歳の日本人を対象とするWebサーベイの結果によると、ヨーロッパ各国と比較して日本人のヘルスリテラシーは低く、年齢とヘルスリテラシーの間には正の相関がみられた3)。他方、高齢者による地域医療サービスの利用に関する日本の調査結果によれば、前期高齢者は地域医療サービス利用を主体的に考え積極的に行動する傾向があるのに対して、後期高齢者は医療に関する意思決定では専門職や公的機関の指示に従い判断を任せる傾向がみられる。また、後期高齢者は前期高齢者より健康悪化におけるインターネット検索の利用率が低い4)。

**2.2 年齢によるデジタルデバイド**

デジタルデバイドとは、「コンピュータやインターネットやオンライン情報へのアクセス手段を持つ者の集団と持たざる者の集団の間にある格差」で、地域による格差（インターネットやブロードバンドアクセスの地域差）と個人間の格差（身体条件、社会的条件、年齢、性別、学歴の差異に伴う違い）がある。個人間格差の主たる要因は、年齢、性別、教育、および専門的実践であり、年齢は最大要因である5)。Schafferは、各年齢層が好んで利用するメディアは青少年期に習得したものであるため、青少年期にコンピュータやネットワーク環境にふれる機会がなかった高齢者層のICT利用が乏しいのは当然だと主張している。年齢によるデジタルデバイドの他の要因には、①短期記憶、推論、空間認知、処理速度等の認知的制約、②注意力、作業記憶等の処理資源の制約、③ノイズと情報の識別力の低減、④視聴覚等の感覚の劣化、⑤コンピュータ不安がある6)。

**2.3 健康寿命**

健康寿命は、「日常生活に制限のない期間」を指す。2018年の厚生労働省公表によると、日本人の平均寿命と健康寿命は共に延びており、WHOが2018年に発表した統計によると、日本人の平均寿命は世界一で、健康寿命はトップのシンガポールに次ぐ世界第2位である。

**2.4 リサーチクエスチョン**

　先行研究レビューに基づき、以下のリサーチクエスチョンを導き出した。

　①ICTスキルとヘルスリテラシーレベルにはどんな関係があるか、②高齢者の間に年齢・性別によるヘルスリテラシーレベルの違いはあるか、③ヘルスリテラシーレベルと生活習慣に相関があるか。

方法

**3.1 調査票設計**

　リサーチクエスチョンに回答すべく、調査票を設計した。印刷版の調査票では、CCHL尺度を翻案した質問（5段階リッカートスケール）、健康維持のための日ごろの心がけ（自由回答）、健康医療情報入手元（選択肢）、インターネット利用方法（選択肢）、インターネットを使わない理由（選択肢）、健康医療の相談相手（選択肢）、および回答者の性別、年齢、居住地を尋ねた。

**3.2 調査対象**

首都圏の自治体が高齢者向けに開催する政治、社会、経済、人間といった幅広い領域の講習会参加者有志が自主的に開催している研究会のメンバーを対象に、アンケート調査を実施した。研究会メンバー有志の協力を得て、2021年1月14日～21日に同研究会メンバーとその知り合いの計96名に調査票を配布し、期日までに有効回答62件を得た。

3.3 データ分析

回答データをスプレッドシートに入力し各質問への回答を集計後，ヘルスリテラシーレベルとインターネット利用に関する質問（選択肢）への回答には、統計手法による分析を、健康自己管理に関する質問（自由記述）への回答には、内容分析を実施した。

ヘルスリテラシーレベルとインターネット利用の有無（カイ二乗検定）、ヘルスリテラシーレベルと年齢（カイ二乗検定）、ヘルスリテラシーレベルと健康維持のための心がけ（相関）を分析した。

結果

**4.1　回答者の属性**

(1）性別　男：22　女：39　無回答1

(2) 年齢　75歳未満　32　75歳以上　30

(3) 居住地　関東58　関西1　四国1　九州2

**4.2 ヘルスリテラシーレベル**

　CCHL尺度によるヘルスリテラシーレベル（5段階のリッカートスケール）の平均値を，表1に示す。相互作用的ヘルスリテラシーと比べて、批判的ヘルスリテラシーが低い傾向がみられる。

表１：ヘルスリテラシーレベル（CCHL尺度）

|  |  |
| --- | --- |
| **質問** | **平均** |
| **a. 新聞、本、テレビなどの情報源から情報を集められる** | **4.11** |
| **c. 多くの情報の中から自分の求める情報を選び出せる** | **3.79** |
| **d. 情報を理解して人に伝えることができる** | **3.56** |
| **e. 情報がどの程度信頼できるかを判断できる** | **3.37** |
| **f. 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** | **3.61** |

**4.3 健康維持のための生活習慣**

　健康を維持するために日ごろから心がけていること（自由記述）の内容分析から導き出された項目の頻度を性別にみたグラフを図１に示す。

図１　健康維持のための生活習慣（性別）



図１では、運動と社会活動では男性が多く、食事、情報アクセス、対話では女性が多い傾向がある。

**4.4 健康医療情報の入手元**

健康や医療に関する情報をどこから得ているか（多重回答）を、表2に示す。

表2　健康医療情報の入手元

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **選択肢** | 回答 | ％ |
| **1.   家族、友人、知り合い** | 42 | 67.74% |
| **2.   医療機関や医療関係者** | 30 | 48.39% |
| **3.   テレビ・ラジオ** | 50 | 80.65% |
| **4.   インターネット** | 38 | 61.29% |
| **5. その他** | 7 | 11.29% |

健康医療情報の入手元は、テレビ・ラジオが圧倒的に多い。

**4.5 インターネットの利用方法**

　インターネットを利用して健康医療情報を得ている回答者の利用方法を表3に示す。

表3：インターネットの利用方法（n=38）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 選択肢 | 回答 | % |
| **1.   パソコン** | 32 | 84.21% |
| **2.   スマートフォン** | 23 | 60.53% |
| **3.   タブレット（iPadなど）** | 9 | 23.68% |
| **4.   家族、友人、知り合いに操作してもらう** | 3 | 7.89% |
| **その他** | 1 | 2.63% |

パソコンが最も多く、次いでスマートフォンが利用されている。

**4.6 インターネットを利用しない理由**

　インターネットを利用していない回答者の理由を表4に示す。

**表4：インターネットを利用しない理由（n=24）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **選択肢** | 回答 | ％ |
| **1.  使い方が分からないから** | 11 | 45.83% |
| **2.  使い方を教えてくれる人がいないから** | 2 | 8.33% |
| **3.  接続料金やパソコン、スマートフォンなどの機器が高いから** | 2 | 8.33% |
| **4.  必要がないから** | 8 | 33.33% |
| **5. その他** | 4 | 16.67% |

「使い方がわからない」という回答が約半数で、他の理由を圧倒している。

**4.7：健康や医療の相談相手**

　健康や医療について相談したり話をする相手を、表5に示す。

表5　健康や医療の相談相手

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **選択肢** | 回答 | ％ |
| **1.  家族** | 39 | 62.90% |
| **2.  友人** | 39 | 62.90% |
| **3.  インターネット上の知り合い** | 2 | 3.23% |
| **4.  特にいない** | 4 | 6.45% |
| **5.  医療関係者（医師・看護師・薬局の薬剤師・ケアマネージャー・介護士など）** | 39 | 62.90% |
| **6. その他** | 5 | 8.06% |

家族、友人、および医療関係者が最も多く、過半数を占める。

考察

**5.1 ヘルスリテラシーとインターネット利用**

　ヘルスリテラシーレベルの5項目について、リッカートスケールの「まったく思わない(1)」と「あまり思わない(2)」を -1 、「どちらでもない(3)」を 0 、「まあ思う(4)」と「強く思う(5)」を +1に変換して、カイ二乗検定(自由度=2)を行った結果を、表６に示す。

表6　ヘルスリテラシーとインターネット利用

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **質　問** | **平均値** | **有意確率** |
| **ネット不利用** | **ネット利用** |
| **a. 新聞、本、テレビなどの情報源から情報を集められる** | **4.00** | **4.18** | **.193** |
| **c. 多くの情報の中から自分の求める情報を選び出せる** | **3.38** | **4.05** | **.084** |
| **d. 情報を理解して、人に伝えることができる** | **3.33** | **3.71** | **.025** |
| **e. 情報がどの程度信頼できるかを判断できる** | **3.04** | **3.58** | **.084** |
| **f. 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** | **3.33** | **3.79** | **.060** |

検定結果は、「c.多くの情報の中から自分の求める情報を選び出せる」「d. 情報を理解して、人に伝え

ることができる」「e.情報がどの程度信頼できるかを判断できる」「f.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」の3項目について、インターネット利用・非利用で*p*=.01レベルで有意差があり、いずれもインターネット利用者の方がヘルスリテラシーレベルが高いことを示した。

5.2　年齢・性別とヘルスリテラシー

　年齢を75歳未満特任教授75歳以上に分け,

性別とともにヘルスリテラシーレベルとのカイ二乗検定を実施したところ、年齢および性別に有意差は認められなかった。

5.3 ヘルスリテラシーと生活習慣

　ヘルスリテラシーレベルの5項目の値を合計し、健康を維持するために日ごろから心がけていることとの相関分析を行った結果、Pearsonの相関係数=.076を得た。したがって、ヘルスリテラシーレベルと生活習慣に有意な関係は認められない。図2に散布図を示す。



図2　ヘルスリテラシーと生活習慣

6　結論

高齢者グループのアンケート調査結果から、ICTスキルとヘルスリテラシーレベルには有意差が認められたが、年齢・性別によるヘルスリテラシーレベルには有意差ないこと、ヘルスリテラシーレベルと生活習慣にはほとんど相関が認められないことが示された。

謝辞

本研究は、科学研究費補助金 基盤研究（C）「高齢者のヘルスリテラシー向上のための教材開発と教育方法の提案」（研究代表者：三輪眞木子）の助成により実施している。アンケートに回答してくださった方たちに謝意を表する。

引用文献

1. Sørensen, K., et.al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European journal of public health, 25(6), 1053-1058.,
2. 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，p. 50.
3. Nakayama, K., et al. (2015). Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. BMC public health, 15(1), 505.
4. 善生まり子, 久保田亮, 菅野康二, & 戸田肇. (2015). 高齢者における地域医療サービスに係る意識調査: 家族構成, 性別, 年齢から見えてくる相違点. 保健医療福祉科学, 5, 1-10.
5. OECD (2005). Learning a Living. First Results of the Adult Literacy and Life Skills Survey. Paris and Ottawa: OECD Publishing.
6. Schaffer, B. (2007) The digital Literacy of seniors. Research in Comparative and International Education, 2(1), 29-42.