

保健教育における健康情報リテラシーの重要性に関する検討

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2013-08-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 古田, 真司 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10297/7413

【 論文 】

保健教育における健康情報リテラシーの重要性に関する検討

古田 真司

愛知教育大学 (養護教育講座)

要約

児童・生徒が保健分野の知識を理解し、それを実際の健康行動へと結びつける際に、これまでの保健教育にはいくつかの問題点があった。それは、保健教育を行う教員の関心が低いこと、保健教育に与えられた時間が少ないこと、保健教育で何を教えるべきかが明らかにされていないことなどである。

本論文では、保健教育における「理解」と「行動」の間に「判断」を置き、「健康リテラシー」をこれらをつなぐものと定義した。現状では、健康リテラシーの概念はさまざまにかつ広範囲なので、学校教育の中で、子どもたちにすべてのリテラシーを学習させることは難しい。そのため、健康リテラシーの3つのステージのうち、認知の観点から高い能力であると考えられている「批判的健康リテラシー」をとりあげた。さらに、「批判的健康リテラシー」の中心的な概念である「健康情報リテラシー」を、学校で行う保健教育の中で子どもたちに理解させることの意義を論じた。最後に、子どもたちの健康情報リテラシーを育てる具体的な教育内容(試案)を提案した。

キーワード

健康情報リテラシー、健康リテラシー、批判的リテラシー、保健教育

I. 保健教育の現状

学校保健の領域は、保健管理と保健教育に大別され、保健教育はさらに保健学習(主に教科としての保健)と保健指導に分けられる。平成16年に発行された「保健主事の手引き」では、「保健教育は、教育活動全体を通じて、健康に関する一般的で基本的な概念を習得させ、それらを日常生活に適応し、環境の変化に即応して、適確な判断のもとに健康な生活を創造できるようにすることをめざして行われるもの」¹⁾とされている。平成20年に改訂された新しい学習指導要領の中でも、「学校における体育・健康に関する指導は、児童の発達段階を考慮して、学校の教育活動全体を通じて適切に行うものとする」²⁾とされ、教科としての「保健」の時間だけでなく、総合的な学習の時間や、特別活動、その他の時間による保健指導などを通じて、児童・生徒の能力を高める工夫が求められている。

しかし、それぞれの学校でどのような保健教育を行うかについては、学校ごとに大きな差がある。学習指導要領では、保健学習の内容については細かく時間数や内容が決められているが、学級活動、ホームルーム活動や学校行事等のいわゆる特別活動の中で行う保健指導や、総合的な学習の時間での内容や扱い方には、それぞれの教員

や学校ごとの自由裁量が大きくなっている。また、一般教員が行う保健指導は、「将来を見据えた教育ではなく、身につけさせる指導や実践を促す指導になりがちである」³⁾という指摘もある。

保健指導に関しては、平成20年の中央教育審議会答申「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」の中で、「学級担任等がメンタルヘルスやアレルギー疾患などの子どもの現代的な健康課題に対応すべく、日々の健康観察や保健指導等を適切に行うことが求められている。(中略)しかし現状では、一般教員の学校保健活動に対する理解や学校保健活動に主体的に取り組む上での意識の不足が見られ、その担うべき役割が必ずしも十分果たされていない」⁴⁾と述べられている。一方、保健教育のもう一つの柱である保健学習においても、以前から、次のような学習指導上の問題点が指摘されている⁵⁾。すなわち、

- 1) 知識偏重で、実践力を育てられない
 - 2) 疾病の少ない世代である児童・生徒の関心が低い
 - 3) 規定された時間数が少ない
 - 4) 担当する保健体育教員の保健への関心が低い
- などの指摘である。特に、時間数が少ない中で、担当す

る教員の保健教育への関心が低いため、指導上の工夫があまり見られず、知識を伝え、記憶させるような授業が多いことが問題となっている。しかし、このような保健学習における問題点は、長年の課題であるにもかかわらず、現状では、あまり改善の兆しが見られていないと筆者は捉えている。

II. 保健教育における現代的課題

さて、本論文では、保健学習や保健指導を通じて、どのような能力を児童・生徒に身につけさせるかという点に絞って議論を進めたい。ここでは、現代日本における少子高齢化や生活環境・生活様式の変化、あるいは価値観の多様化などの急激な社会の変化に対応して、今の保健教育に必要な新たな価値観が生まれてきた背景について順に検討していく。

(1) 教育内容に関する議論

新しい学習指導要領の教育課程の編成の一般方針で述べられている「学校における体育・健康に関する指導」という項目は、かつて「体育に関する指導」とされていた項目に、平成10年の改訂により「健康」という言葉がタイトルに加わり（内容は変わらず）、さらに、平成20年度の改定で、学校における健康に関する指導（すなわち保健教育）の内容が新たに追加されたという経緯がある。細部を見ると、平成10年の改定では、保健教育の内容として「心身の健康の保持増進」のみがあげられているが、平成20年度では、そこに「食育」と「安全」が加わっている。

平成20年の学習指導要領改訂の基となった中央教育審議会答申「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について」では、保健学習の内容について「生涯を通じて自らの健康を適切に管理し改善していく能力を育成するため」⁶⁾（傍点は筆者）という目的が明示され、「心身の発育・発達と健康、生活習慣病などの疾病の予防、保健医療制度の活用、健康と環境、障害の防止としての安全」⁶⁾などの内容が例示されている。少ない配当時間の中で、教えるべき内容は多岐にわたっており、現状の保健学習についての問題点である「知識の伝達」だけの学習に陥る可能性も残っている。

一方、国（厚生労働省）は、かつての国民健康づくり運動の実績や公衆衛生活動における成果を踏まえて、平成12年度から新たな健康づくりの活動である「健康日本21」の取り組みを始めた。過去の日本で猛威をふるっていた感染症予防を中心とする健康教育は、日本人の疾病構造の変化に応じて徐々に変化してきたが、この「健康日本21」の登場によって、今や健康問題の主役となった「生活習慣病」に焦点を絞った健康教育が、全国各地

で行われるようになった。学校保健の分野でも、児童・生徒の生涯を通じて健康を意識した、こうした生活習慣病への対応が一層求められている。またこれには、後述する「ヘルスプロモーション」の考え方や密接な関係があり、今後、保健教育の中でも中心的課題となりうる可能性がある。しかし、和唐は⁷⁾、「生活習慣病」という言葉に内在する病気の発症や進行を個人の生活習慣だけに負わせる危険性や、医療費削減の意図が見え隠れする「自分の健康は自分で守る」という個人能力主義の議論に、学校教育が加担することへの疑問を呈している。

(2) 保健教育とヘルスプロモーションに関する議論

このような学校でどのような内容を教育すべきかという議論とは別に、保健教育の中で、なるべくWHO（世界保健機関）が1986年のオタワ憲章において提唱した新しい健康観である「ヘルスプロモーション」⁸⁾に沿った教育を目指そうとする考え方がある。平成9年の保健体育審議会答申「生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興のあり方について」では、「生涯にわたる心身の健康に関する教育・学習の充実」の第1の柱として、「ヘルスプロモーションの理念に基づく健康の保持増進」⁹⁾が掲げられた。この考え方は、その後の学習指導要領に受け継がれた。前述の平成10年の学習指導要領の総則の中では、段落の最後で「家庭や地域社会との連携を図りながら、（中略）生涯を通じて健康・安全で活力ある生活を送るための基礎が培われるよう配慮しなければならない」とされ、生涯にわたる個人の努力と社会的なサポートを意識した、ヘルスプロモーションに基づく内容が盛り込まれている。

また、すでに述べた国の施策である「健康日本21」にも、ヘルスプロモーションの考え方が色濃く反映している。基本方針に掲げられた「健康づくり支援のための環境整備」や「多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進」等は、個人の選択を基本とした国民の主體的な健康づくりを支援するためとされ、ヘルスプロモーションの基本的な考え方に沿う内容となっている。

このように、学校と地域でまさに「国策」とも言える保健教育（健康教育）が展開されている背景には、少子高齢化が急速に進む日本における国民医療費の急増の問題がある。この間に、老人保健法に基づく住民検診（健康診査）は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診（特定健康審査）と名称を変え、多くの国民が年に1回受けていた健康診断は、まさに生活習慣病に特化した特定健診に変更された。しかし、メタボリックシンドロームの予備群を選び出して指導対象者を絞るという目的にほぼ限定された特定健診のあり方や、法律にも明示されている「医療費適正化」という目的は、保健予

防事業の枠を大きく外れているという根強い批判がある¹⁰⁾のも事実である。

ヘルスプロモーションは、今や保健教育（健康教育）を論じる上で欠かせない概念であるが、そのとらえ方についても議論がある。ヘルスプロモーションとは「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」⁸⁾とされおり、一人ひとり（個人）の努力が求められているという解釈がある一方、保健教育（健康教育）の対象者も、また教育する側の専門家や周囲の人と一緒に、健康上の問題に気づく教育的過程を通じてすべての人の能力を高める取り組みであり、それは我が国で従来から行われてきた「健康教育」そのものである¹¹⁾という意見もある。和唐は、保健教育におけるヘルスプロモーションについて、「健康を個人的責任や個人的選択の事柄とする個人主義的健康教育と絡めて捉えるのではなく、個人を社会的文脈に位置づける健康教育こそが、もともとのヘルスプロモーションの根底にある」⁷⁾という点を指摘している。すなわち、ヘルスプロモーションの定義の「自ら」を強調するのではなく、まわりの支援者（学校教育で言えば、まわりの生徒や教師、家族その他の人たち）とともに身に付けていくという「プロセス」を重視する意見である。これは、次節で述べる「個人の行動変容を最重要と考える保健教育」への批判から生まれた議論でもある。

（3）保健教育と行動変容に関する議論

保健教育（健康教育）の重要な目標の1つとして、個々人の行動変容（これまでの行動を改め、望ましい健康行動をとるように変わることを）を目指すのは、誰もが受け入れやすい議論である。特に成人を対象とした地域保健の分野では、眼前にいる対象者の健康問題が個別的であり、それぞれにあわせた健康教育を目指す、自ずと「行動変容」が最初に目指す到達点となる。主に保健師を対象とした専門書の中では、健康教育の目的は、「①知識の習得、理解、②態度の変容、③行動の変容の3つであり、最も重要なのは③である」¹²⁾とされている。

学校における保健教育にも、そのような重要な目標である「行動変容」を目指そうとする動きがある。「保健学習は行動に結びつかなければ意味がない」とする考え方が広まり、行動変容を引き出すいくつかの理論をもとに、いわゆるライフスキル教育に基づく教育実践を行う提案がいくつかなされている^{13) 14)}。

平成10年の学習指導要領の改訂では、保健学習の目標が、それ以前の「〇〇する能力と態度を育てる」という表現から、「行動変容」を意識した「〇〇する資質や能力を育てる」という表現に変わった。すなわち、態度の変容では足りず、行動の変容（資質を変える）を目指すという変更である。この表現は、平成20年の改訂でも

踏襲されている。しかし、ここでは新たに「指導に際しては、知識を活用する学習活動を取り入れるなどの指導方法の工夫を行うものとする」という記述が加わり、これは、国（文部科学省）が、「知識」の確実な習得をさせて、実践に必要な思考力・判断力を育てるという学習形態に、若干軌道修正した¹⁵⁾と捉えられている。

このような動きの背景には、保健学習の内容や目的について、かつて、知識か行動か（「わかる」と「できる」）の論争があり（1997年の森の基調報告から始まった誌上論争¹⁶⁾）、その議論が、未だ続いていることを示唆する。たとえば、行動変容を重視する考え方は、できること重視し、「知識」は行動変容のために必要なものの1つに過ぎないので、学校教育ではすべてを詳しく教える必要はなく、行動変容に結びつくものに限定すべきと考える。これに対しては、学校教育で、行動変容を目指す教育だけを行うと、「保健の知のやせ細り」を生む危険があるという強い批判¹⁷⁾がある。保健学習は、確かに、成人における健康教育と異なる側面を持っている。特に学校で行う保健学習には、当然のことながら、（他の教科と同様に）保健分野の知識が持つ教養的な知識の継承という側面があると考えられる。従って、「できる」ことだけを求めて保健学習の内容を選択していくと、このことが達成されないだろうという懸念は理解できる。

このような議論の中で、この「わかる」と「できる」の間に、近年、新たな保健教育の目的と概念が生まれつつある。それが「健康リテラシー」への対応である。リテラシー（literacy）という言葉は、各界で頻用されており、現在の日本では、たとえば、「情報リテラシー」や「金融リテラシー」のような、種々の専門分野の知識をうまく使いこなすことができる能力という意味になっている。医療・保健分野においても、この「健康リテラシー」が、生涯にわたり健康で文化的な社会を構築し、自らも健康を保持増進できるようにする基礎的な「教養」として、注目され始めている。

リテラシーとは、基本的な知識を背景に、多くの情報から目の前の課題への対応に必要なものを取捨選択し、その結果に基づいて判断し、行動する力であり、「知ること」と「行動する」ことの間に「判断する」という行為が入る点の特徴であると筆者は考える。行動を重視するスキル教育の場合、「望ましい行動」が指導前からほぼ決まっていて、学習者が判断することはあまりなく、児童・生徒の多くがその望ましい行動を取るための工夫が指導のポイントとなる。これに対して、リテラシーの教育は、「判断」がすべての鍵となるので、どのように判断したらよいか（合理的で科学的か）を教え、判断の結果やその後の行動は学習者一人ひとりに委ねられる。従って、短期間のうちに目に見えて行動変容が起こることは考えにくい、学習指導要領に掲げられた目標である「生涯を

通じて自らの健康を適切に管理し改善していく能力を育成する」を達成するための技能あるいは能力としてはきわめて重要である。本論文では、この「健康リテラシー」を中心に、現代社会の中で、保健教育に求められている課題についてさらに検討していく。

Ⅲ. 健康リテラシーと健康情報リテラシー

健康リテラシーという言葉が盛んに使われているのは米国であるが、たとえば米国医師会は、健康リテラシーを「健康と医療とあらゆるウェルネス（広い意味で捉えた健康）を理解する能力」¹⁸⁾と定義している。ここでは、医師の説明や薬の説明書、あるいはインターネットの健康情報などを理解できる能力に注目しており、高齢者や貧困者、英語が話せない人などの低い健康リテラシーの問題点を挙げている。米国には、「複雑な医療システムと医療保険制度を理解して自らの健康を守っていくためには、ある程度以上の識字力や理解力が必要であるという事情がある」¹⁹⁾とされており、このようなリテラシーが国民の健康を増進していく上で重要だと考えられていることが推察される。

一方、WHO（世界保健機関）は、健康リテラシーを、「健康を保持・増進するための情報を得るために、情報にアクセスし、それを理解し、それを使う動機付けと能力を決定づける認知のおよび社会的スキル」²⁰⁾であると定義している。自らの力で健康を獲得していくというヘルスプロモーションの概念にとって、重要なスキルであるという位置づけである。

他方、識字率の高い日本では、読み書きのレベルよりも高度な「情報活用能力」を重視する考え方²¹⁾、保健教育の目標としてとらえる考え方^{22) 23)}、あるいは医療機関で患者がよりよい意志決定をするための能力と定義する見方²⁴⁾などもあり、その解釈や定義の幅はかなりの大きい。

また、「健康情報リテラシー」²¹⁾という言葉もある。ここでは「情報」という言葉があえて挿入されていることが示すように、リテラシーの内容が情報の収集と分析に主眼が置かれている。しかしここでは、与えられた情報を読み取るだけでなく、たくさんの情報を集め、その情報の質に注目して、その真偽を見分ける能力という概念がより明確になっている。筆者も、教員が保健指導を行う際に必要な能力として、この「健康情報リテラシー」をあげ、科学的な知見に基づく保健指導の必要性を論じた²⁵⁾。「健康情報リテラシー」は、健康リテラシーを形成する中心的な概念であり、今後これを、教員だけでなく、学校教育の中できちんと児童・生徒に伝えていくことが必要だと考える。

Ⅳ. 保健教育と健康リテラシー

文部科学省や中央教育審議会は、近年、「知識基盤社会 = knowledge-based society」という言葉をたびたび使っている。たとえば、平成17年の中央教育審議会答申「我が国の高等教育の将来像」では、「知識基盤社会の特質として、知識のグローバル化や技術革新が速く、旧来のパラダイムで対応できないため、幅広い知識と柔軟な思考力に基づく判断が一層重要になる」²⁶⁾（傍点は筆者）と述べられている。既存の知識や常識が通用しない、あるいは答えのない問いに対する柔軟な発想のアプローチの仕方と問題解決能力の育成が、教育界全体で求められていると言える。

新しい学習指導要領（平成20年）でも、平成10年の改訂に引き続き、教育活動全般を通して児童・生徒の「生きる力」をはぐくむことを目指すとされ、基礎的・基本的な知識・技能の習得を前提として、課題を解決する思考力、判断力、表現力等の能力を育てるとされている。保健学習においても「指導には際しては、知識を活用する学習活動を取り入れるなどの指導方法の工夫を行うものとする」との記述が追加され、これには、「心身の健康の保持増進に関する内容を理解することを通して、科学的な思考と正しい判断の下に、意志決定や行動選択ができる思考力・判断力を育成する」¹⁵⁾という説明がなされている。このような「理解→判断→行動」の流れを重視する考え方は、健康リテラシーの概念に重なる。

渡邊は、1999年に米国カリフォルニア州における学校健康教育のガイドラインを日本に紹介し、そこでの最も重要な概念が「健康リテラシー」（基本的な健康情報や健康サービスを知り、それを解釈し、理解する資質と、その情報やサービスを健康増進のために活用できる能力）²⁷⁾であることを報告した。健康リテラシーを目標とした健康教育では、「特定の健康問題で学んだ事柄が「般化」（他の健康問題でも健康リテラシーという切り口で見られるようになる：筆者注）しやすくなるので、これが今後の日本の健康教育が目指す方向性を示している」²⁷⁾と述べている。また植田は、米国における健康リテラシーの定義を紹介し、ここに書かれた行動は、「保健教育のみならず、今日に教育において求められる人間像である」²³⁾と述べている。一方、和唐は、「成長期という一定の時期に学校という場所で集団的に学ぶ保健科教育は、地域や職域での健康教育とは性質が異なり、生涯にわたり公共的な健康文化づくりに参加し、健康の主権者として公共的責任を果たしていくための保健的教養（すなわち健康リテラシー：筆者注）は、学校以外で身に付けさせるのは困難である」⁷⁾と論じている。

V. 保健教育に健康リテラシーを導入する際の課題

これまで述べてきたように、学校における保健教育の中心的課題として、健康リテラシーをとりあげるべきであるという主張はいくつか見られるが、日本において、実際の保健教育の場面で健康リテラシーを活用した事例はほとんどなく、実施する際にも多くの課題がある。この章では、それらを具体的に見ていく。

まず第1の課題は、現状では、児童・生徒の健康リテラシーを評価する指標がないという点である。

評価する指標がなければ、適切な教育内容の絞り込みができず、健康リテラシーの概念を意識した、総花的な取り組みに陥る可能性がある。試みとしての調査は見られるが²⁸⁾、そもそも何を、児童・生徒にとっての健康リテラシーとするか（つまり、何を教え、何を身に付けさせるべきか）の議論なしに、評価指標を作ることにはできない。すでに述べたように、この分野の先進国である米国でも、健康リテラシーに対する考え方はさまざまであり、評価の指標は、どのような教育をするかを決定する重要な要因となるので、これを確立しないと、保健教育に導入することはできない。

倉本らは¹⁹⁾、米国で頻用されているヘルスリテラシー・テストの内容を紹介しているが、たとえば、TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults)では、機能的 (Functional) という単語が示すように、基本的な読解力 (医療行為の説明書、申請書などの意味を問う) と数的処理力 (血糖値の管理、薬の説明書の理解など) が問われている。しかしこれは米国の成人向けのリテラシーであり、残念ながら、これが我が国の学校教育が目指す方向を示しているとは思われない。

第2の課題は、第1の課題にまさに直結するテーマであるが、どのような内容を健康リテラシーと定義するかである。

健康リテラシーを、ヘルスプロモーションにおける最も重要な概念であると位置づけたナットビームは、健康リテラシーにおける3つの段階 (ステージ)²⁹⁾を提唱した。すなわち、

①機能的健康リテラシー

(functional health literacy)

②相互作用的健康リテラシー

(interactive health literacy)

③批判的健康リテラシー

(critical health literacy)

の3段階である。①は基礎的なリテラシー (basic literacy) のレベルであり、日常生活で効果的に機能するための基本的な読み書きのスキルである。狭義の健康リテラシーは、この段階を指すといわれる。②は情報を得たり、それを利用するための能力で、話し合いを伴う社会参加などの社会的スキルも含まれる。③はさらに高次

の認知的スキルで、批判的に情報を分析し、身の回りの出来事をうまくコントロールできることを指す。

一方中山は、患者自身が医療の場で、よりよい意志決定をするための能力として、健康リテラシーが必要である²⁴⁾と述べている。そのための能力として、①基本的リテラシー、②科学的リテラシー、③市民リテラシー、④文化的リテラシーの4つをあげている。このように、対象となる学習者や立場の違いによって、健康リテラシーのとらえ方は大きく異なる。それは、学校における保健教育という狭い範囲の議論でも同様である。

そして第3の課題が、日本で、学校での保健教育に必要な健康リテラシーがほとんど整理されていない点である。残念ながら、児童・生徒に対する健康リテラシーについては、日本では議論がまだ始まったばかりで、明確なものはない。

渡邊は1999年に、前述の米国の学校健康教育に関する報告の中で、健康リテラシーの下位概念が「生涯にわたる自分の健康に対して、責任を持つ」「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」「発育発達の過程を理解する」「健康に関連した情報、製品、サービスを適切に利用する」の4つであったことを報告した²⁷⁾。しかしこの内容は、先に紹介したナットビームの3つの段階 (機能的、相互作用性的、批判的) と比べると、それぞれの狙いがやや理解しにくく、また、日本の保健教育にそのまま適応できるとは言い難い。

その後、日本においては、保健教育における健康リテラシーの活用についての積極的な提案はあまりなされていなかったが、2011年に山本らは、米国を中心とした健康リテラシーの概念と、日本の学習指導要領で求められている資質や能力を比較検討して、日本の中学生に必要なヘルスリテラシーの下位概念についての新たな提案を行った。すなわち、①自己探求力、②生活習慣管理力、③情報選択力・情報活用力、④ソーシャルスキルの4つである³⁰⁾。この4つの能力は並列的に書かれているが、先のナットビームが提案した健康リテラシーの3つ段階にあてはめると、機能的リテラシーは、この論文の②の生活習慣管理力を説明する部分で「理解」という言葉が多く使われているので、これに相当すると考えられる。相互作用性的リテラシーに相当するのが、おそらく①の自己探求力と④のソーシャルスキルであり、③の情報選択力・情報活用力は、相互作用的な面と批判的な面のリテラシーを兼ねていると考えられる。機能的リテラシーの面から見れば、健康の「知識」にあたる部分が生活習慣病に限定されているのはやや偏りがあると思われるが、もともと機能的リテラシーは、米国のような識字率の低い国でない日本の中学生にとっては、保健教育で必ずしも重要なリテラシーではないのかもしれない。

このように、保健教育に必要な健康リテラシーの内容

については、この新たな提案をベースにしながら、今後、さらなる概念の整理が必要だと思われる。この点を中心に、次章では著者の私見を述べる。

VI. 保健教育における新たな視点：健康情報リテラシー教育の重要性

これまでに論じてきたように、健康リテラシーの概念は、今後学校における保健教育で中心的な役割を果たすだろうと考えられるが、立場や考え方（何を重視すべきだと考えるか）によって、概念のずれが生じやすい。第2章（3）でも述べたように、日本の保健教育では、何を重視すべきかを巡って未だに議論がある。従って、この章では、健康リテラシーの中心的概念を整理し、その内容に絞った、学校での保健教育を新たに提案する。

（1）健康リテラシー教育の意味とその課題

保健教育において、「理解」がそのまま「行動」に移行することはまれである。だからこそ、学校教育にいわゆる「ライフスキル教育」が必要だという動きが強まっている。筆者らが過去に行った小学校における準実験的検討によると³¹⁾、2つのクラスの児童（小学5年生）をランダムに2群に分け、同じ教師が「睡眠を十分にとる大切さ」を学ぶ取り組みとして、一方でライフスキル教育（睡眠不足の原因を考えさせ、解決方法を自ら考え実行するなどの内容）を行い、他方で科学教育（実際に睡眠不足を体験して、記憶力テストをするなどの内容）を行った結果、事後に行動（決まった時刻に布団に入るなど）の変化が有意に多く見られたのはライフスキル教育であった。しかし、2ヶ月後の再調査では、その差はほとんどなくなっていた。このことから、短期間での行動変

容にはライフスキル教育は効果があるものの、長期に渡る効果を目指すには、継続的なフォローアップ教育が必要になると考えられた。

また、このような行動変容を重視する考え方では、「行動に移せない理由」を考えさせているが、「なぜそのような行動が必要か」については、あまり時間を割いていないという点にも課題がある。行動を重視すると、認知的なレベルでの「判断」が低いまま、行動してしまう可能性もある。

先に筆者は、健康リテラシーを「知ること」と「行動すること」の間に入って、その両者を繋ぐものとして定義した。これらの概念を図示すると図1のようになる。保健分野の基本的な知識を得て「理解」し、それを実際の「行動」に移すまでに必要となる技能や能力が、まさに健康リテラシーである。

これまで多くの学校で展開されてきた保健学習は、主に基本的な知識を伝え理解させる形式であり、これは主に「機能的リテラシー」のレベルであると考えられる。ここでは、「理解」があれば、「判断」ができ、その後「行動」に結びつく（だろう）と考えられてきたが、それが難しいのは残念ながら周知の事実である。

一方、スキルや「行動」を重視する教育は、健康リテラシーの概念では、「相互作用的反リテラシー」に近いと考えられる。ここでの「理解」や「判断」は、あくまでも「行動」に結びつくものに限定される。「行動に移せない理由」を考えることで、よい行動を取ろうという「判断」から「行動」に結びつくが、ここでの判断は、さまざまな情報を集めて自ら行った判断ではない。ある意味では、情報が制限された世界での判断である。

そこで「生涯を通じて自らの健康を適切に管理し改善

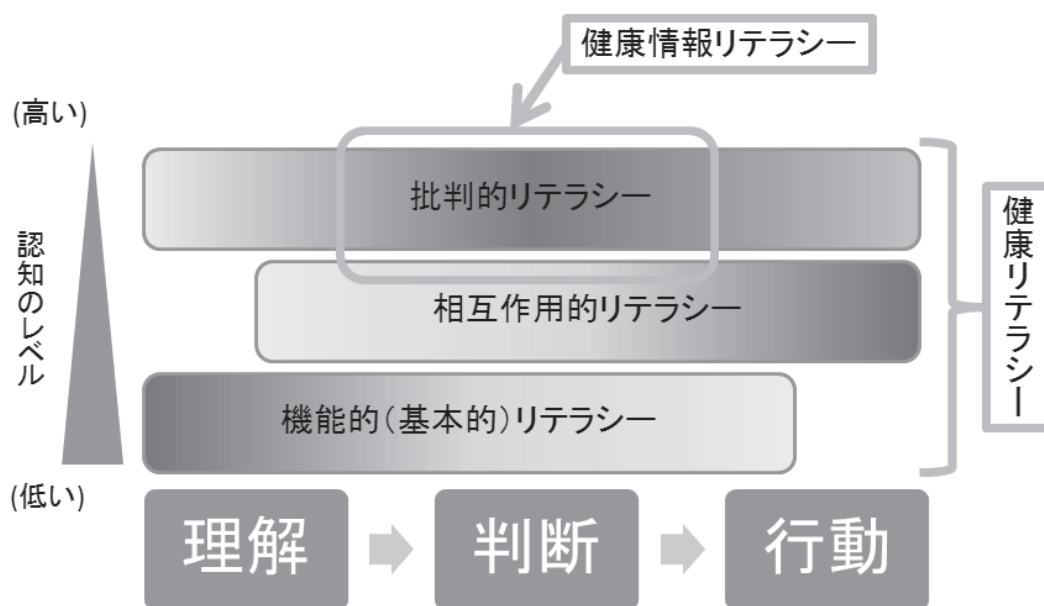


図1. 保健教育における健康リテラシーと健康情報リテラシーの関係（試案）

注) 学校における保健教育では、高次の認知レベルで「判断」ができる健康情報リテラシーの育成を目指すことが望ましいと筆者は考えている

していく」ために必要となるのが、自ら積極的に情報を集め、判断し、自分と社会を変えていこうとする、認知的レベルにおいてより高次の能力である。そしてこれこそが、健康リテラシーにおける「批判的リテラシー」である。

リテラシーという言葉は、今やあらゆる分野で使われているので、概念が拡大し、また曖昧になりやすい。しかし、どのようなリテラシーでもほぼ共通する概念としてあげられているのが、この「批判的リテラシー」である³²⁾と言われている。特に、近年の情報化社会におけるメディア・リテラシーや情報リテラシーの分野では、大量に流される根拠不明の情報を鵜呑みにしないという点から、この批判的リテラシーがその中核的要素となっているが、他のリテラシーにおいても、「自ら考え、判断する」という行為には、必ず、さまざまな意見や状況に流されず、それらを批判的に見るという行為が内在している。

広義の「健康リテラシー」という概念は、立場によって「知識」が大切、あるいは「行動」が大切となり、それぞれの立場に立つと、それらが含まれた概念が健康リテラシーとなる。そのため、学校で行う保健教育で学ぶべき健康リテラシーの中核に、筆者は、この「批判的リテラシー」を据えることが必要だと考えた。健康リテラシーにおける「批判的リテラシー」について、ナットベームは、情報を収集し、批判的に分析し、出来事や状況をより良い状態へと変えていくという「理解、判断、行動」をすべて含むもの²⁹⁾と定義しているが、これらの内容は、かなり高度でかつ戦略的な思考ができないと実現は不可能であり、児童・生徒に学校教育の中で、これをすべて求めるのは極めて難しいと考えられる。そこで筆者は、この「批判的リテラシー」の中心的概念である「批判的な思考」を育てる教育を提案する。この「批判的な思考」は、すでに述べた「健康情報リテラシー」と読み替えることもできる。

(2) 批判的リテラシーとしての健康情報リテラシー

健康情報リテラシーはまた、いわゆる「情報リテラシー」を、保健・医療分野に限定したものである³³⁾と捉えられている。玉石混交の健康関連情報を批判的に吟味し、そこから有用な情報を選び出して、自分の行動に結びつける能力は、情報化の進んだ知識基盤社会の到来により、膨大な数の情報が得られる状況の中で、必ず必要となる能力でもある。有元は、国際学習到達度調査(PISA)の結果から、日本の高校生の読解力(国語)の中で最も不得手なのは「熟考・評価」に関する自由記述問題(クリティカル・リーディング: 批判的に読むこと)である³⁴⁾ことを指摘した。また、日本の高校生がこのクリティカル・リーディングが苦手な理由として、

- 1) 物事を評価、批判することに慣れていない
 - 2) 批判に必要な根拠を挙げる訓練ができていない
 - 3) 著名人の文章を無批判に受け取る傾向がある
 - 4) 学習指導要領に批判的思考が明記されていない
- の4つをあげている³⁴⁾。

筆者がこの健康情報リテラシーを保健教育の1つの柱にしたいと考える理由には、保健教育の現状に対する、予てからの懸念がある。

現在の保健教育では、「知識」を伝えるにしろ、「行動」を促すにしろ、世の中には、正しい(あるいは、望ましい)健康行動があるという前提に立っている。たとえば、「ブレスローの7つの健康習慣」³⁵⁾はよく知られており、この内容を紹介する保健の教科書もある。ここでは、「喫煙」「運動」「飲酒」「睡眠」「体重」「朝食」「間食」についての「正しい」行動が示されている。子どもたちは、これらの生活習慣を行えば長生きできる、あるいは病気になるかと教えられ、教師は何の疑いもなく、これらの「正しい」行動を子どもたちに促すことになる。

このような教育が行われる理由は、ブレスローの報告を批判的に吟味しないで、教師が教えているからであると考えられる。すなわち、教える教師の側にまず、健康情報リテラシーが乏しいことが背景にあり、そして、有元が述べたように、日本の教育では、児童・生徒にも批判的リテラシーの能力を育てようとしていない現状がある。

ブレスローの報告は、7つの実践のうち、なるべく多くの実践をしている人ほど健康で長生きしやすいという結果であったが、これはあくまでも計算上(確率)の問題であり、「7つそろえば、すべての人が長生きするわけでもない」というのが科学的に正しい理解である。このような観点は、あらゆる医学・保健分野の研究にも当てはまることであり、誰にとっても価値のある「正しい」行動などは、この世の中にはあり得ない。

だからといって、このブレスローの研究結果が信用できないと言っているわけではない。むしろ批判的な思考を身に付けた健康情報リテラシーがあれば、児童・生徒はこの研究の真の価値を理解して、なるべく自分は望ましい生活習慣をしようと考えよう。この健康情報リテラシーは、批判的な思考によって、より科学的で合理的な判断ができる能力を意味する。

別の例を挙げてみよう。筆者は、これまでに児童・生徒の近視の進行に関する研究を行っているが^{36) 37)}、ここで明らかになったのは、身長伸びる時期に近視化が進行しやすいという事実と、俗によく云われる「テレビ」や「テレビゲーム」の時間は近視化との関連を示し得なかったという点である。古くからある「近視予防教育」には、科学的根拠がほとんどなく、その効果を示した研

究もほとんどない。さすがに、今の保健の教科書に近視予防のような記述はみられないが、保健指導という形では、全国各地で、照明や姿勢の問題とあわせて、根拠のない指導が繰り返されている。これも「正しい」と信じる教師によって、誤った知識と行動が押しつけられる典型例である。

このように、現在の学校における保健教育では、どうしても、科学的には正しいと断定できない（証明されていない）知識を、断定的に教える形になりやすい。これはすなわち、児童・生徒に批判的リテラシーのような高度な能力を求めるのが無理だとはじめから決めつけているような教育スタイルである。確かに、白黒がはっきりしない、未だに議論があるテーマを学校で児童・生徒に教えるのは難しい。しかし、これこそが、今求められている、未知の課題に挑戦して解決していく力（すなわち「生きる力」）そのものである。保健分野の健康課題の多くは、実際には、まさに「正解がない問い」に対する答えが必要であり、現代の「知識基盤社会」における問題解決能力が求められる事象であると捉えることが不可欠であろう。

（3）健康情報リテラシーの教育内容

健康情報リテラシーを論じる上で重要な概念は、「科学的根拠」である。これは「エビデンス」という言葉の日本語訳でもある。このエビデンスという言葉がよく使われるようになったのは、1990年代に医学の世界でEBM（Evidence Based Medicine は、日本では「根拠に基づく医療」³⁸⁾とも訳されている）の概念が確立し、世界に急速に広まっていった時期に一致する。実際に、EBMの登場により医学界は大きく変化した。従来、医療行為の多くは、医師の経験とそれに基づく推量によって行われることが多かったが、昨今は、患者の人権を尊重する立場から、治療内容を十分に説明を受け同意して受療するインフォームドコンセントが普及し、信頼できるエビデンスによる治療が日常診療にも求められるようになってきた

保健教育によって健康情報リテラシーの向上をめざす場合も、実際には、この信頼できる根拠（エビデンス）をどのように得るのが、最も重要なポイントとなる。信頼できる情報を得てはじめて、子どもたちは合理的な判断ができる。一般の人向けの著書で、様々な健康関連の情報を「鵜呑み」にせずその情報の根拠に注目すべきだと主張するいくつかの著述^{21) 24)}は、いずれも、このEBMの考え方がベースになっている。

科学的な意味でのエビデンスの信頼性とは、「その予想を見いだした研究の内容にほぼ依存している」³⁹⁾とされている。すなわち、教科書に書かれ、新聞記事になり、ネット上にアップロードされ、また、教師の口か

ら語られている内容が、本当にそのような信頼できる「研究」によって得られた結論なのかどうかを、生徒自身が批判的な目を持って考え、吟味して、判断していく力を育成しなければならない。

通常、社会通念（昔から一般的に言われていること）や個人的意見（自分の経験により得られた意見を含む）は、最もエビデンスの信頼性が低く、実際に人間に行った実験をまとめた研究の信頼性が最も高い³⁹⁾とされている。かつての医療や看護では、基礎医学的・病態生理学的な原理や理論が重要視され、教科書にもその根拠が詳しく書かれていた時期があるが、その原理や理論はほとんどが動物実験による成果であり、さまざまな心理社会的な影響下で暮らす人間に、そのまま当てはまることはない場合が多くなっていた。そのため、医療現場でのこれまでの常識が次々と覆される研究結果が相次ぎ、原理や理論のエビデンスとしての価値は大幅に低下した。また、経験豊富な専門家の意見も、社会通念や個人の信念に分類され、信頼性の高いエビデンスとは言えないとされている。このような資料の見方は、健康情報リテラシーの根幹をなす考え方であり、子どもたちに丁寧に説明していく必要がある。

また、情報の根拠となる「研究の方法」に注目して見るということである。「たとえ結果にインパクトがあっても、方法がいかげんで妥当性がなければ、結果を信じることはできない」と考えることが大切となる。つまり、エビデンスの価値のほとんどは、「研究の方法」に依存する。たとえば、たった3人の被験者で実験をしたテレビの健康情報番組の結果や、個人の感想で述べられた健康食品の効果などのエビデンスが低いことは、しっかりと教えておくことが必要である。

これらは、保健の授業やその他の教科外活動で、現実にある様々な健康情報を収集し、子どもたちで議論しながら吟味していくという学習形態で、次第に身につけさせることができると考えられる。表1には、そうした保健教育の具体例（試案）を示した。基本的には、一連の教育内容を、情報を収集し、分析（批判的吟味）し、判断するところまでで完結させる。「行動」をあえて入れていないのは、生涯にわたる健康を見据えた教育内容であり、短期間での行動変容を評価の指標としていないからである。

これまでの学校教育では、あまり取り上げられていない考え方であるので、これらを授業や教科外活動を含む保健教育の中で繰り返し教えていけば、仮にどのような健康課題であっても、あるいは学んだことがない事項であっても、自ら情報を収集し、批判的に吟味して判断できる能力の育成は可能であると思われる。そして、この批判的リテラシーの能力が核となって、さらに広い概念である健康リテラシー全体の育成も視野に入ってくると

考えられる。

表1. 学校における健康情報リテラシーの教育内容の例（試案）

＜試案1＞ テレビからのさまざまな健康情報に対する評価

（概要）テレビにあふれているさまざまな健康情報を、授業中にビデオ（ブルーレイ）などの映像媒体によって提示する（あるいは、そうした情報を、児童・生徒に課題を課して、事前に集めてもらう）。授業では、それぞれの情報の特徴に気づき、信頼できる情報とは何かについて理解させる。

（内容例）集める健康情報は、健康情報番組での司会者のコメント、情報の提示方法、あるいは専門家のコメント、その他の番組での健康情報の提示方法、テレビコマーシャルにおける健康関連商品の情報提示の仕方、などが考えられる。

（留意点）信頼できる情報の核となる概念は、科学的根拠である。根拠に結びつく情報が提供されているか。その根拠の価値をどのように判断するかが指導のポイントとなる。

＜試案2＞ 雑誌や新聞、インターネット、本などの活字媒体での健康情報の評価

（概要）活字媒体での情報は、場合によっては、映像媒体よりその内容を信じやすくなる面がある。映像が直感的でインパクトを重視した主張であるのに対し、活字ではより論理的、あるいは説明的な主張が展開される。この特徴を踏まえて、活字媒体の健康情報に隠れた危険に気づき、より信頼性の高い情報を自ら収集できる能力を育成する。

（内容例）同じテーマによる健康情報を、いくつかの媒体で収集させる。テーマは、たとえば生徒の関心が高い「ダイエット」、あるいは児童・生徒にも身近になった「特定保健用食品」、あるいは「身長が伸びる」というキーワードから得られる情報の信頼性、などが考えられる。

（留意点）いくつかの媒体での情報を比較することで、それぞれの媒体から得られる情報の特徴や、その信頼性を担保するデータの提示方法の違いを理解させる。また、活字情報がすべて信頼できるわけではなく、そこに潜む論理の罣や、意図的な情報操作のリスクにも気づかせる。

＜試案3＞ 医薬品に適正使用に関する情報収集とその評価

（概要）平成20年改訂の新しい学習指導要領における中学校保健体育科の内容で、新たに加わった「医薬品を正しく使用すること」は、まさに、健康情報リテラシーに関わる能力の育成を目指していると考えられる。その趣旨をいかし、医薬品のパッケージや添付文書、あるいはテレビや新聞の広告に込められた、正しいメッセージを読み取ることができる能力を育成する。

（内容例）医薬品のパッケージに同封されている「使用上の注意」は、現在、製薬メーカーのホームページなどで容易に手に入れることができる。また実物の医薬品を手にとって観察させ、剤型や錠数、パッケージに記載された事項を確認する。さらに、テレビや新聞の広告内容やその記載方法について、薬事法の規制の内容も含めて理解させる。

（留意点）これらの情報から、その医薬品に含まれる薬物の薬理作用や副作用、あるいはその根拠などについて学習する。その際、根拠は「動物実験」なのか、「人体実験」なのか、あるいはその「効果」は何によって調べられているか（アウトカム）の違いに気づき、薬が「効く」ということの意味を理解させる。

VII. まとめ

児童・生徒が保健分野の知識を理解し、それを実際の健康行動へと結びつける際に、これまでの保健教育には、いくつかの問題点があった。それは、保健教育を行う教員の関心が低いこと、保健教育に与えられた時間が少ないこと、保健教育で何を教えるべきかが明らかにされていないことなどである。

本論文では、保健教育の分野で議論が続く「理解」か「行動」かではなく、その間に「判断」を置き、「健康リテラシー」をこれらをつなぐものと定義した。この健康リテラシーは、知識基盤社会における生涯を通じた健康を育む基礎的な素養となる可能性があると論じた。

一方、健康リテラシーの概念はさまざまにかつ広範囲であるため、現在の学校教育の中で、子どもたちにすべてのリテラシーを学習させることは難しい。そのため筆者は、健康リテラシーの3つのステージ（機能的→相互作用作用的→批判的）のうち、認知の観点から高い能力であると考えられている「批判的リテラシー」と、その中心的な概念である「健康情報リテラシー」を取り入れた保健教育の意義と重要性を論じた。

引用文献

- 1) 日本学校保健会: 保健教育と保健主事, 保健主事の手引き<三訂版>, 日本学校保健会 (東京), 26-39, 2004.
- 2) 文部科学省: 小学校学習指導要領 第1章 総則第1 教育課程編成の一般方針,
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/you_ryou/syo/sou.htm,
(accessed September 20, 2012)
- 3) 吉田瑩一郎: 6章 学校における保健指導, (吉田瑩一郎 編) 保健科教育の基礎, 教育出版 (東京), 112-137, 2010.
- 4) 文部科学省中央教育審議会: 子どもの心身の健康を守り安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について (答申),
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/1216829_1424.html,
(accessed September 20, 2012)
- 5) 永井大樹: 4章 学習指導, (吉田瑩一郎 編) 保健科教育の基礎, 教育出版 (東京), 72-102, 2010.
- 6) 文部科学省中央教育審議会: 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について (答申),
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/information/1290361.htm,
(accessed September 20, 2012)
- 7) 和唐正勝: 現代社会における保健科教育への期待, (森昭三、和唐正勝 編) 新版 保健の授業づくり入門, 大修館書店 (東京), 2-8, 2002.
- 8) World Health Organization: オタワ憲章, (島内憲夫 訳) 21世紀の健康戦略2 ヘルスプロモーション, 垣内出版 (東京), 1990.
- 9) 文部科学省保健体育審議会: 生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興の在り方について (答申),
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/old_chukyo/old_hoken_index/toushin/1314691.htm,
(accessed September 20, 2012)
- 10) 日本医師会: 公衆衛生・がん対策委員会 答申,
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20120229_2.pdf, (accessed September 20, 2012)
- 11) 川田智恵子: 健康教育とヘルス・プロモーション, (宮坂忠夫、川田智恵子、吉田亨 編) 最新 保健学講座1 健康教育論, メジカルフレンド (東京), 77-78, 2006.
- 12) 宮坂忠夫: 健康教育の考え方, (宮坂忠夫、川田智恵子、吉田亨 編) 最新 保健学講座1 健康教育論, メジカルフレンド (東京), 2-17, 2006.
- 13) 川畑徹朗: 青少年の危険行動防止とライフスキル教育, 学校保健研究, 51(1), 3-24, 2009.
- 14) 戸部秀之: 行動変容を引き出すポイント, (戸部秀之、斎藤久美 著) 児童・生徒の心に響く! 行動科学を生かした保健の授業づくり, 少年写真新聞社 (東京), 8-44, 2011.
- 15) 野津有司: 学習指導要領 (平成20・21年) 改訂の基本的な考え方, (教員養成系大学保健協議会 編) 学校保健ハンドブック<第5次改訂>, ぎょうせい (東京), 57-59, 2009.
- 16) 森昭三: 21世紀の学校健康教育再校 ー批判に答えてー, 学校保健研究, 39(4), 293-298, 1997.
- 17) 和唐正勝: 保健学習がめざすもの ー保健の「わかる」と「できる」, (教員養成系大学保健協議会 編) 学校保健ハンドブック<第5次改訂>, ぎょうせい (東京), 36-41, 2009.
- 18) Janet M. Alison E. Robert M.: Health Literacy, JAMA., 306(10), 1158-1158, 2011.
- 19) 倉本尚美、Shoou-Yih D. Lee: アメリカにおけるヘルスリテラシーの動向, からだの科学, 250, 31-36, 2006.
- 20) World Health Organization: Health Promotion Glossary,
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>, (accessed September 20, 2012),
- 21) 中山健夫: 現代社会に必要なスキルー健康情報リテ

- ラシー, 健康・医療の情報を読み解く 健康情報学への招待, 丸善 (東京), 1-9, 2008.
- 22) 渡邊正樹: 健康リテラシーの概念と評価, 日本保健医療行動学会年報, 16, 185-190, 2001.
 - 23) 植田誠治: 保健教育における新しい学力のとらえ方と学校づくり, 学校保健研究, 49, 103-106, 2007.
 - 24) 中山和弘: 健康を決めるカーヘルスリテラシーとヘルスコミュニケーション, (中山和弘、岩本貴 編) 患者中心の意志決定支援 納得して決めるためのケア, 中央法規出版 (東京), 36-42, 2012.
 - 25) 古田真司: 保健指導で教員に求められる健康情報リテラシー, 東海学校保健研究, 36(1), 19-28, 2012.
 - 26) 文部科学省中央教育審議会: 我が国の高等教育の将来像 (答申),
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chu_kyo0/toushin/05013101.htm,
(accessed September 20, 2012),
 - 27) 渡邊正樹、Dale W. Evans: 米国カリフォルニア州における学校健康教育 健康教育ガイドライン「ヘルス・フレイムワーク」の概要, 日本公衆衛生雑誌, 46(3), 216-223, 1999.
 - 28) 宮本友弘、小浜明、上野奈初美、ほか: 中高生の健康リテラシーに関する調査(1): 健康リテラシー評価尺度の構成, 日本教育心理学会総会発表論文集, 50, 317, 2008.
 - 29) Nutbeam D.: Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, Health Promotion International, 15(3), 259-267, 2000.
 - 30) 山本浩二、渡邊正樹: 日本の中学校健康教育における課題とヘルスリテラシーの必要性に関する一考察: 中学校新学習指導要領の実施に向けて, 東京学芸大学紀要, 63 (芸術・スポーツ科学系), 87-97, 2011.
 - 31) 亀山淳子、古田真司: 授業方法の違いが児童の生活習慣に関する意識と行動に及ぼす影響の準実験的検討, 東海学校保健研究, 33(1), 41-51, 2009.
 - 32) 八重樫一矢、田代高章: 学校教育における批判的リテラシーの形成, 岩手大学教育学部附属教育実践センター研究紀要, 6, 91-108, 2007.
 - 33) 酒井由紀子: ヘルスリテラシー研究と図書館情報学分野の関与 一般市民向け健康医学情報サービスの基盤として, Library and Information Science, 59, 117-146, 2008.
 - 34) 有元秀文: 日本の高校生の PISA 読解力と科学的リテラシーの課題, 科学教育研究, 32(4), 245-250, 2008.
 - 35) 森本兼曩: ライフスタイル研究の意義と展望, (森本兼曩 編) ライフスタイルと健康 ー健康理論と実証研究ー, 医学書院 (東京), 2-32, 1991.
 - 36) 古田真司、古田加代子、宮尾克: 中・高校生の近視の進行に関する縦断的研究, 学校保健研究, 42(4), 292-303, 2000.
 - 37) 古田真司、古田加代子、奥村陽子、ほか: 小学生の眼の屈折力と視力に関する基礎的検討, 愛知教育大学研究報告, 50 (芸術ほか編), 1-6, 2001.
 - 38) Sackett el.al: Evidence-based MEDICINE, (日本語訳) 久繁哲徳監訳「根拠に基づく医療 EBM の実践と教育の方法」, じほう (東京), 1999.
 - 39) 福井次矢: EBM への誤解をとく, EBM ジャーナル, 1(1), 5-7, 2000.
- 【連絡先 古田 真司
E-mail: mfuruta@aeu.ac.jp】

Review of the Significance of Health Information Literacy in Health Education

Masashi FURUTA

Department of School Health Sciences, Aichi University of Education

Some problems are seen in conventional health education when in helping schoolchildren and students to acquire knowledge of the health field and tie it to actual health behaviors. The three main problems are the low level of interest of teachers who provides health education, that little time is given to health education, and that it has not been made clear what health education should teach.

In this paper, “judgment” is placed between “understanding” and “behavior” in health education, and “health literacy” is defined as connecting them.

Since the concept of health literacy is varied and wide ranging, it is difficult to have children learn the entire scope of literacy in school education under the present circumstances. Therefore, “critical health literacy,” considered to be advanced ability, was taken up from the viewpoint of cognitive ability among three stages (functional, interactive and critical literacy) of health literacy. Furthermore, the significance of having children understand “health information literacy,” which is the principal conception of “critical health literacy,” in the health education provided in school is discussed. Finally, concrete educational contents (tentative plan) to raise children's health information literacy are proposed.

Keywords

health information literacy, health literacy, critical literacy, health education