

<資料>

**病院・診療所・薬局・介護事業所におけるヘルスプロモーション
活動の国内実態調査と今後の展望**

佐々木典子¹⁾⁴⁾, 舟越光彦²⁾, 尾形和泰³⁾, 本田雄大⁴⁾, 西下陽子⁴⁾, 小泉昭夫⁵⁾,
松原為人⁵⁾, 吉中丈志⁵⁾, 中川洋寿⁵⁾, 中山健夫⁶⁾, 近藤尚己⁷⁾, 今中雄一¹⁾⁴⁾,
HPH調査研究プロジェクトチーム⁸⁾

¹⁾ 京都大学大学院医学研究科ヘルスセキュリティセンター健康危機管理システム学分野

²⁾ 公益社団法人福岡医療団千鳥橋病院

³⁾ 公益社団法人北海道勤労者医療協会勤医協札幌病院

⁴⁾ 京都大学大学院医学研究科社会医学系専攻医療経済学分野

⁵⁾ 公益社団法人京都保健会

⁶⁾ 京都大学大学院医学研究科社会医学系専攻健康情報学分野

⁷⁾ 京都大学大学院医学研究科社会医学系専攻社会疫学分野

⁸⁾ 謝辞参照

**A survey of health promotion activities in hospitals, clinics, pharmacies
and long-term care providers across Japan and their future prospects**

SASAKI Noriko¹⁾⁴⁾, FUNAKOSHI Mitsuhiro²⁾, OGATA Kazuhiro³⁾, HONDA Yudai⁴⁾,
NISHISHITA Yoko⁴⁾, KOIZUMI Akio⁵⁾, MATSUBARA Tamehito⁵⁾, YOSHINAKA Takeshi⁵⁾,
NAKAGAWA Hirokazu⁵⁾, NAKAYAMA Takeo⁶⁾, KONDO Naoki⁷⁾, IMANAKA Yuichi¹⁾⁴⁾
on behalf of the HPH Survey Project Team⁸⁾

¹⁾ Department of Health Security System, Center for Health Security, Graduate School of Medicine, Kyoto University

²⁾ Fukuoka Iryodan Chidoribashi Hospital

³⁾ Hokkaido Kin-ikyo Sapporo Hospital

⁴⁾ Department of Healthcare Economics and Quality Management, School of Public Health, Graduate School of Medicine, Kyoto University

⁵⁾ Kyoto Hokenkai

⁶⁾ Department of Health Informatics, School of Public Health, Graduate School of Medicine, Kyoto University

⁷⁾ Department of Social Epidemiology, School of Public Health, Graduate School of Medicine, Kyoto University

⁸⁾ See Acknowledgement section

抄録

目的: 1989年に世界保健機関が開始した国際的ネットワークThe International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services (以下, HPH) は, 発祥の地であるカナダにおいてさえHPH活動の発展的展開に困難が伴っているといわれる。本研究は日本におけるヘルスプロモーション(以下, HP)活動を地域包括ケアなどに伴う実践も含み広義で捉え, その具体的な取組を調査して実態を把握し, 課題や今後の展開について検討することを目的とする。

方法: 日本HPHネットワーク(J-HPH)に参加する全国の病院, 診療所, 薬局, 介護事業所の担当者に

連絡先: 今中雄一

〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町

Yoshida Konoe-cho, Sakyo-ku, Kyoto City, Kyoto 606-8501 Japan

E-mail: imanaka-y@umin.net

[令和7年6月25日受理]

対し質問紙調査を実施し(2022年2-3月), 超高齢社会日本のHPに係る施設・法人の方針や社会的処方や地域包括ケアなどの活動の実際について検討した。さらに, 2020年版HPH基準を用いて, HP活動の具体的内容と課題に関する記述回答テキストの内容分析を行った。

結果: 全164施設(病院35, 診療所47, 薬局17, 介護事業所65; 回収率42%; 以下4機関と総称)を解析対象とした。健康格差是正に向けた患者への取組として, 無料低額診療事業等の社会的弱者へのアプローチは病院を筆頭に4機関とも約6-7割で実施され, 経済・社会的状況のスクリーニングツールも病院, 診療所では5割以上で使用されていた。職員に対しては, 4機関とも喫煙, アルコールなど健康問題に関する啓発方針を約5割で認めたが, 教育機会は3割未満にとどまった。また地域住民への働きかけとして, 病院では地域住民向け講演会, 患者向け教室, 病院祭等が6割以上で行われ, 他の3機関では関連会議への参加が多くなっていた。生活習慣に関する行動変容の支援は4機関のうち病院と薬局で特に重視されていた。内容分析では, 2020年版HPH基準「5:広い社会におけるヘルスプロモーション」, 「3:住民中心のヘルスケアおよび利用者参加の促進」, 「2:サービスへのアクセスの保障」の順でHP活動を多く認めた。各種医療機関に普及しにくい理由としては, 認知度が低いことを筆頭に, 資金や人手などのリソース不足が指摘された。

結論: 病院, 診療所, 薬局, 介護事業所の各機関で, HP活動に相当する社会的弱者の支援, 地域住民への働きかけなど多彩な取組が行われていた。今後「1:組織的とりくみの表明」や, 「4:健康的な職場, 健康的な環境づくり」と職員への関連教育のさらなる充実が期待される。システム思考で, 組織としての方針の明示, 組織のキャパシティ構築を目指すことが, 健康格差是正や持続可能な地域での健康づくりに重要であることが示唆された。

キーワード: ヘルスプロモーション, HPH, 2020年版HPH基準, 健康格差の是正, システム思考

Abstract

Objectives: The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH), launched by the World Health Organization in 1989, has experienced difficulties implementing and upscaling HPH activities, even in its birthplace, Canada. In this study, we investigated the current HPH activities in Japan and examined how they could be expanded in the future.

Methods: Surveys were conducted to the representative staff of member institutions of Japan HPH Network in 2022. We examined the visions and activities (e.g., social prescribing, community-based integrated care systems) of the institutions under the era of super-aging society. Additionally, a content analysis of free-text responses was performed to clarify which activities were being achieved and the challenges faced, using the 2020 HPH Standards. Possible strategies for improving the implementation of HPH activities were discussed.

Results: In total, 164 responses from four types of institutions (35 hospitals, 47 clinics, 17 pharmacies, and 65 long-term care providers) were included in the analysis. Regarding activities to “ensure access to the services” (Standard 2) from the point of view of improving the health equity for patients, screening tools for social and economic vulnerability (hospitals and clinics), and supporting activities for socially vulnerable groups were adopted in more than 50% of each institution type. Regarding “promoting health in the wider society” (Standard 5), more than 60% of hospitals provided various activities, and multidisciplinary meetings were frequently held in the other three types of institutions. Hospitals and pharmacies highly focused on changing patients’ unhealthy behaviors such as smoking, excessive alcohol consumption and physical inactivity/excessive eating. Based on content analysis, the number of comments on HPH activities was ordered as follows (high to low): “Promoting health in the wider society” (Standard 5), “Enhancing people-centered health care and user involvement” (Standard 3), and “Ensuring access to the service” (Standard 2). The main barriers to disseminating HPH activities were a lack of health promotion awareness and limited financial and human resources.

Conclusion: Various health-promoting activities were observed in hospitals, clinics, pharmacies and long-term care providers in Japan, such as support for socially vulnerable groups and activities for local residents. Improvements are required in HPH Standard 1, “Demonstrating organizational commitment for HPH”, and Standard 4, “Creating a healthy workplace and healthy setting”. Systems thinking, clarifying organizational policies, and building organizational capacity are important for reducing health inequalities and creating sustainable community health.

keywords: health promotion, health promoting hospitals and health services (HPH), the 2020 HPH Standards, health equity, systems thinking

(accepted for publication, June 25, 2025)

I. 緒言

ヘルスプロモーション（以下、HP）は、「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」と定義される[1,2]。オタワ憲章で健康改善のために定められた5つの基本戦略（①健康的な公共政策づくり、②健康を支援する環境づくり、③地域活動の強化、④個人のスキル開発、⑤ヘルスサービスの方向転換）を踏まえ[2]、HP活動は環境支援と健康教育との組み合わせを柱として[3]、世界で30年以上活動が展開されてきた[4]。

個人の行動変容を目指す理論による健康教育の限界を越えて、世界保健機関（World Health Organization, WHO）は「環境、組織、個人の要因が相互作用して健康とウェルビーイングに影響を与える、人々が日常的に活動する場所または社会的文脈 social context」と定義されるセッティング（健康の場づくり）として[5]、都市や学校、刑務所のほか、病院・医療機関でHP活動の展開を目指してきた。WHOが1989年に開始した国際的ネットワークThe International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services（以下、HPH）は2022年現在、33か国、600以上の病院・ヘルスサービス機関で構成されている[6,7]。

同ネットワークによるグローバルHPH戦略2021-2025では、COVID-19パンデミックを経て、ワンヘルス、拡大する健康格差、人種・ジェンダー・収入格差・暴力、医療制度、そして気候変動等が、健康に影響力を及ぼす課題群として、大きな視点から注目されている[4]。そして、グローバル多国籍企業による地域資源の収奪や地球温暖化、経済危機などへの対策も視野に入れた分野横断的なシステム思考[8-10]に基づき、第8回世界HP会議で合言葉とされたHealth in All Policies (HiAP) (2013) [1]が引き続き追求されている。しかしながら、オタワ憲章およびHPH活動発祥の地であるカナダでは、HP関連プログラムの終了や予算確保の面などから国や自治体の協力が継続して得られず、HPH活動の縮小を余儀なくされてきた[11-14]。アジアやヨーロッパ諸国を含む17か国29HPHネットワークの病院を対象とした調査でも、HP関連用語や概念の難しさ、実装の難しさが指摘されている[15]。国際HPHネットワークは、HP活動の質の評価と組織的な改善のプロセスの活性化を目指し、かつ時代の要請に沿って現代的な課題に対応できるよう、高齢者、環境、移民、公正、多様性に配慮してアップデートしたツールとして、2020年版HPH基準（2006年版を改訂）を開発した[6,16]。

日本では2015年10月に日本HPHネットワーク（以下、J-HPH）が結成され、「患者、職員、地域住民の健康水準の向上をめざし、住民や地域社会・企業・NPO・自治体等とともに健康なまちづくり、幸福・公平・公正な社会の実現に貢献する」ことを掲げている[17]。J-HPHには全日本民主医療機関連合会（民医連）の病院をはじめ、JA長野厚生連佐久総合病院、地域医療振興協会、京都大

学社会健康医学系専攻など、全国で123事業所／機関が参加している（2024年10月現在）[18]。また政策面では、オタワ憲章を受けて、健康寿命延伸等を掲げた健康政策「健康日本21（2000～、2024年からは第3次）」に始まり、健康増進法（2003）、地域包括ケアシステム構築を掲げた医療介護総合確保推進法（2013）、都道府県の策定した政策ツールとしての地域医療構想を経て、時間軸・空間軸で地域の医療の認識を共有して地域のセーフティネットが構築されるまでとなり[19]、国、地方自治体や医療機関により様々な健康増進活動が実施され、事例報告等がなされてきた[20-22]。日本生活協同組合連合会（生協）や民医連グループなどは無料低額診療事業等を積極的に実施し、高齢者や社会的弱者にやさしい医療提供の実践について報告している[23,24]。しかしながら、必ずしもHPと自覚されていない活動があったり、国内のJ-HPHネットワークが大規模な病院に広がりにくいなど、HP活動は各病院や病院グループの自主性に任される部分が多く、HP活動の全国的な活動の実際は部分的にしか明らかではない。これらの活動がHP活動として自覚的に実践され、客観的にもHP活動として認識・評価されることにより、国内外における活動の深化と発展が期待される。近年我々は地域医療振興協会が運営する全91施設（病院、診療所、介護老人保健施設）で類似の調査報告を行ったが[25]、J-HPHネットワーク関連施設の全国的な実態は未だ明らかではない。

そこで本研究では、超高齢社会である日本におけるHPに係る方針・活動の実際（健診、患者会、市民向け講演会、介護予防、社会的処方等）、地域包括ケアなどの活動状況について明らかにし、具体的な事例を検討することにより、ネットワーク活動の益々の展開のための方向性を探索的に検討することを目的とする。なお、日本では地域包括ケアなどの一環で、活動をそれと意識せずに行っている場合もありうることを考慮し、本研究ではHP活動（広義）を、生活習慣や行動の支援（医療介護での自己管理や決定の支援、疾病予防・悪化予防、介護予防）、社会経済要因の評価・支援（経済的困難、孤立など）、高齢者の特徴や地域における生活への配慮（地域包括ケアの視点）、健康的な職場づくり等の包括的なケアと定義する。

II. 研究方法

1. 調査対象・調査項目・記述内容

J-HPHに参加する全国4機関全387施設（病院92、診療所86、薬局63、介護事業所146）の専門部署担当者には、2022年2-3月に郵送で調査を実施した。387施設は、生活協同組合45%、公益法人19%、社会医療法人／医療法人18%、一般社団法人等12%、有限会社2%、その他（JA厚生連、社会福祉法人等）4%で構成されていた。回収率を上げるため、催促葉書も事後的に送付した。調査票は、ほぼ同内容で各機関向けに4種の調査票から成

る[26]。HPH基準（2006年版, 2020年版）[6,16]を踏まえて共通部分を作成し, 属性部分などの設問を各機関に対応する形とし, J-HPH日本コーディネーターおよび運営委員を含む共同研究者との度重なる議論を経て, 同運営委員会で承認された最終版を用いた。共通部分の設問内容は, 超高齢社会日本におけるHPに係る施設・法人の方針や地域包括ケアなどの活動状況について, 患者（社会経済因子に関するアプローチ状況, 重視事項など）, 職員, 地域それぞれへのアプローチ内容の実施状況を尋ね, 定量的に記述した。

2. 自由記述回答の内容分析

さらに, 広義のHPの (i) 活動状況および (ii) 普及に関する課題について自由記述回答のテキストの内容分析を実施した。 (i) HP活動については, 活動コメントの多寡から現状を同定した。具体的には, コメントデータを帰納的に抽出した上で, 2020年版HPH基準[6]を演繹的に用いて活動事例を1記録単位として集約し, 同基準をカテゴリー, 副基準をコードとして, 多数順で該当内容を示すハイブリッドアプローチを用いた[27]。また, (ii) HP活動が各種医療機関に普及しにくい理由について, コメント量が多いものを同定した。1理由を1記録単位として縮約し, コード, カテゴリーを作成した。記録単位数2以下のカテゴリーは記載を省略した。

分析結果の厳密性・妥当性を確保するため, データ抽出・コード作成・カテゴリー化の過程について2名の研究者 (YN, NS) 間で繰り返し議論と確認を行った。詳細には①パイロットコード集の作成, ②コードの信頼性の検証, ③データの要約とカテゴリーの同定, ④コード集の適用: 追加・修正・削除・統合 (コードが安定するまで繰り返し確認), ⑤コードとカテゴリーの連携というプロセスを経た[27]。分析には質的データ分析ソフトウェアNVivo Windowsを使用した。

3. 倫理的配慮

本研究は, 京都大学大学院医学研究科・医学部及び医学部附属病院医の倫理委員会の承認を得て実施した (R3134)。

III. 結果

参加同意および回答の得られた164施設（病院35, 診療所47, 薬局17, 介護事業所65; 回収率42%）を解析対象とした。

まず, 4機関の基本属性と地理的分布を示す (表1a, 表1b)。病院は一般病床数200床未満の中小病院が74%を占め, 地域包括ケア病床を83%, また回復期リハビリテーション病床を66%の病院が保有していた。診療所は約半数が常勤医師1名で診療を行っており, 薬局も薬剤師1-3名が約6割と小規模な施設が主となっていた。介護事業所は訪問系48%, 居宅介護支援31%の順

に多くなっていた。(表1a) 回答施設は全国に及び, 東京都, 大阪府, 福岡県の順で都市部が多くなっていた。(表1b)

次に, 社会経済因子を考慮した患者へのアプローチの実態について4機関ごとに検討すると, 「社会的弱者へのアプローチ」(病院/診療所には無料低額診療事業, 薬局には無料低額診療事業に関連したサポート, 介護事業所には生活保護申請の援助のサポート実施の有無を尋ねた)は, 病院(71%), 診療所(66%)に続き, 薬局, 介護事業所とも半数以上が実施していた。一方で, 経済状況や社会的状況のスクリーニングツールの利用は, 病院と診療所が多く, 5-6割となった。(表2)

患者へのアプローチで重視する事項は, 「高齢者の特徴に合わせた医療の徹底 (薬剤指針, ハイリスク把握, ニーズ対応, 退院調整等)」を筆頭に, 「生活習慣の行動変容の支援 (禁煙, 節酒, 減量など)」「社会的処方や健康の社会的決定要因の評価と支援」が続いたが, 国際生活機能分類 (ICF) 等「患者中心医療のためのツールの使用」は, 病院でも4割程度, 他の3機関では1-2割にとどまった。「生活習慣の行動変容の支援」は病院と薬局で重視されていた。(図1)

職員へのアプローチは, 喫煙, アルコール, 薬物乱用等に関する「職員の健康問題に関する啓発方針」が4機関とも示されていた (4-5割程度) 一方で, 健康教育などの実施は4機関とも3割未満にとどまった。(図2)[図2挿入]また, 地域住民とともに行う活動として実施されている取組は, 病院では地域住民向け講演会 (86%), 患者会 (77%), 病院祭 (63%) の順で多く, 認知症サポーターの養成, 認知症カフェ (各46%) も実施されていた。他の3機関では多職種連携会議や地域ケア会議への参加が約5-7割となっていた。(図3)

(i) HP活動の内容分析において, 抽出された活動 (586コード) の中の言及頻度の内訳は, 「より広い社会におけるヘルスプロモーション (HPH基準5)」48%, 「住民中心のヘルスケアおよび利用者参加の促進 (基準3)」23%, 「サービスへのアクセスの保障 (基準2)」18%の順で多く, 「健康的な職場, 健康的な環境づくり (基準4)」は10%, 「HPHへの組織的とりくみの表明 (基準1)」はわずか0.3%だった。活動の詳細について, 同基準および副基準の出現頻度順にクロス表にしたものを表3に示す。定期的な食料の無料配布, 生活困難者の掘り起こしや社会的弱者を適切な制度や専門機関に繋ぐなどの相談活動, 講演会の開催等が多くなっていた。また, サービスへのアクセスを充実させる手段として, 無料定額診療事業等の実施以外に4機関すべてでバリアフリーの試みを認め, また病院・診療所・介護事業所で無料送迎が多くなっていることが注目された。さらに, (ii) HP活動が各種医療機関に普及しにくい理由としては, 活動の「認知度が低い」ことを筆頭に, 「資金等経営上の課題」, 「時間・余裕がない」「人手不足」と続き, 広報不足や人材を含めた資源不足という課題が明らかとなった。(図

病院・診療所・薬局・介護事業所におけるヘルスプロモーション活動の国内実態調査と今後の展望

表 1a 回答施設の基本属性

病院 (N=35)	
一般病床数 (N,%)	
0	2 (5.7)
1-49	4 (11.4)
50-199	20 (57.1)
200-499	9 (25.7)
≧500	0 (0.0)
その他病床の種類 (N,%) (複数回答可)	
地域包括ケア病床あり	29 (82.9)
回復期リハビリテーション病床あり	23 (65.7)
緩和ケア病床あり	9 (25.7)
精神病床あり	1 (2.9)
療養病床あり	5 (14.3)
診療所 (N=47)	
常勤医師数 (N,%)	
0	2 (4.3)
1	25 (53.2)
2-4	13 (27.7)
≧5	4 (8.5)
無回答	3 (6.4)
薬局 (N=17)	
薬剤師数 (N,%)	
1-3	10 (58.8)
4-6	2 (11.8)
≧7	5 (29.4)
介護事業所 (N=65)	
事業所(単体)の主たる提供サービス (N,%) (複数回答可)	
訪問系(訪問介護/訪問看護)	31 (47.7)
居宅介護支援	20 (30.8)
通所系(通所介護/通所リハビリ/ 小規模多機能型居宅介護)	13 (20.0)
施設・居住系(介護老人福祉施設/介護老 人保健施設/認知症対応型共同生活介護)	10 (15.4)

表 1b 回答施設(N=164)の地理的分布 (N,%)

東京都	33	(20.1)
大阪府	29	(17.7)
福岡県	27	(16.5)
埼玉県	14	(8.5)
岐阜県	10	(6.1)
神奈川県	7	(4.3)
京都府	7	(4.3)
広島県	6	(3.7)
奈良県	5	(3.0)
岡山県	4	(2.4)
滋賀県	3	(1.8)
長野県	3	(1.8)
新潟県	2	(1.2)
静岡県	2	(1.2)
その他*	11	(6.7)
無回答	1	(0.6)

*群馬県、千葉県、山梨県、愛知県、鳥取県、島根県、香川県、愛媛県、長崎県、熊本県、鹿児島県各1

表 2 社会経済因子を考慮した患者へのアプローチの実態

(N,%)	全体 (N=164)	病院 (N=35)	診療所 (N=47)	薬局 (N=17)	介護事業所 (N=65)
社会的弱者へのアプローチ*	103 (62.8)	25 (71.4)	31 (66.0)	10 (58.8)	37 (56.9)
患者が経済的状況や社会的状況で困っていることを確認したり、スクリーニングするためのツールやチェックリストなどを使用している	66(40.2)	22 (62.9)	25 (53.2)	2 (11.8)	17 (26.2)

*無料低額診療事業（病院/診療所）、無料低額診療事業に関連したサポート（薬局）、生活保護申請の援助のサポート（介護事業所）のいずれかを実施している

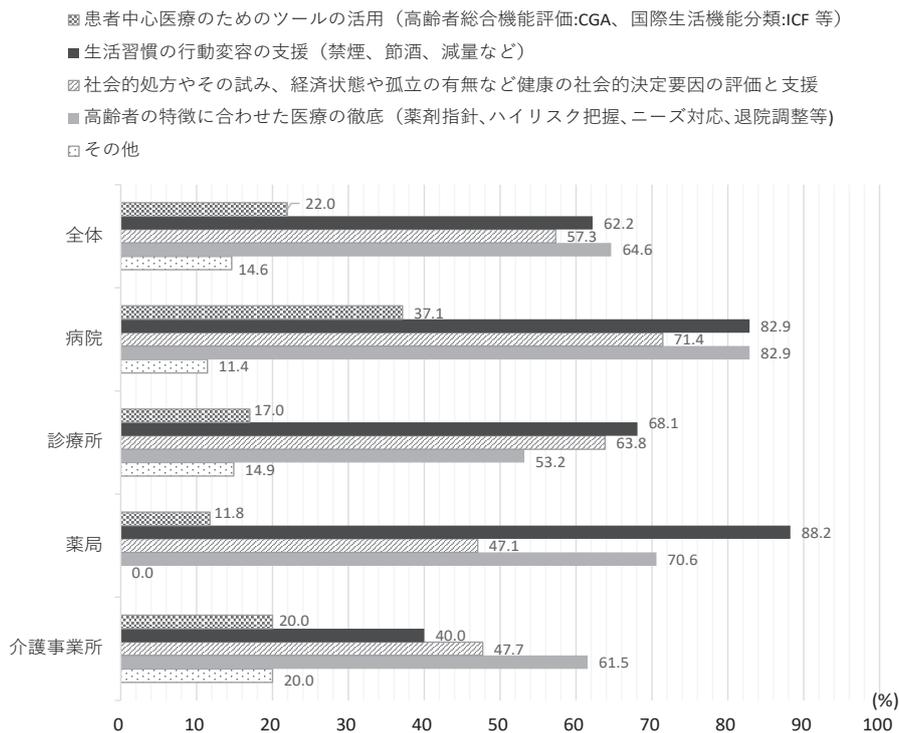


図1 患者へのアプローチで重視する事項（4機関別）

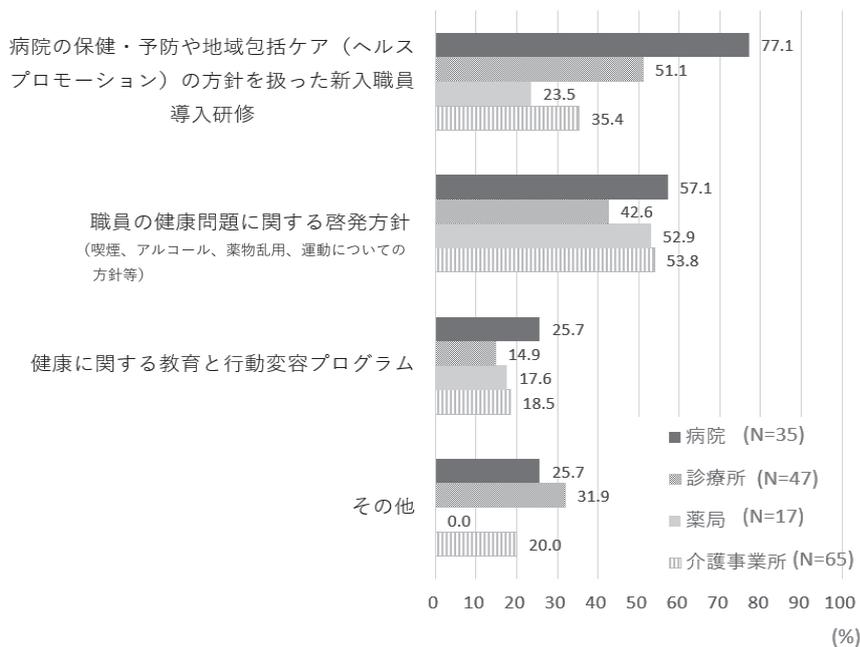


図2 職員へのアプローチとして実施されている事項（4機関別）

表3 2020年版HPH基準[6]に基づく活動事例の内容分析結果の概要(言及された活動数順)

基準 (カテゴリ)		基準 (カテゴリ)	基準 (カテゴリ)
基準5: より広い社会におけるヘルスプロモーション (284)		基準3: 住民中心のヘルスケアおよび利用者参加の促進 (137)	基準4: 健康的な職場、健康的な環境づくり (57)
多い	副基準5.2 地域社会の健康に取り組む (210)	副基準3.6 ケア提供者との連携 (49)	副基準4.1 スタッフの健康ニーズ、参加、及びヘルスプロモーション (45)
	・ 困難者の掘り起こし [診療所]	・ 在宅入院で連携 [病院]	・ 体操 [診療所/介護事業所]
	・ 孤立防止の電話相談活動 [病院]	・ 地域包括と医療が届かない人へのアプローチ [診療所]	・ SDH*事例交流集会 [病院]
	・ 定期的にフードドライブを行い生活相談	・ 繋げる支援 [介護事業所]	・ 残業削減 [介護事業所]
	副基準5.4 情報、研究、能力の共有 (56)	副基準3.4 患者の行動変容および患者のエンパワメントの支援 (28)	副基準4.2 健康的な環境設定 (12)
	・ 講演会等 [4機関すべて]	・ 無料送迎 [病院/診療所/介護事業所]	・ 地域活動のスペースを提供 [病院/診療所/介護事業所]
	・ 情報センター [病院]	・ 受診後フォロー、中断チェックおよび受診勧奨 [薬局]	
	副基準5.1 住民の健康ニーズ (17)	副基準2.2 情報とアクセス (39)	
	・ 地域課題抽出、毎年を取り組みを検討	・ 無料低額診療事業等 [4機関すべて]	
少ない	[介護事業所]	副基準2.1 権利付与と利用可能性 (15)	
		・ ご意見箱・投書箱 [病院/診療所]	
		・ フードドライブで担い手探し [診療所]	

*SDHi: Social Determinants of Health, 健康の社会的決定要因、()内は記録単位数、抽出コード総数は586コード。

基準1 「HPHへの組織的なとりくみの表明」のカテゴリは記録単位数が2とわずかであり表示を省略した。コード数3以上のカテゴリは記録単位数が多い上位3コードを示した。

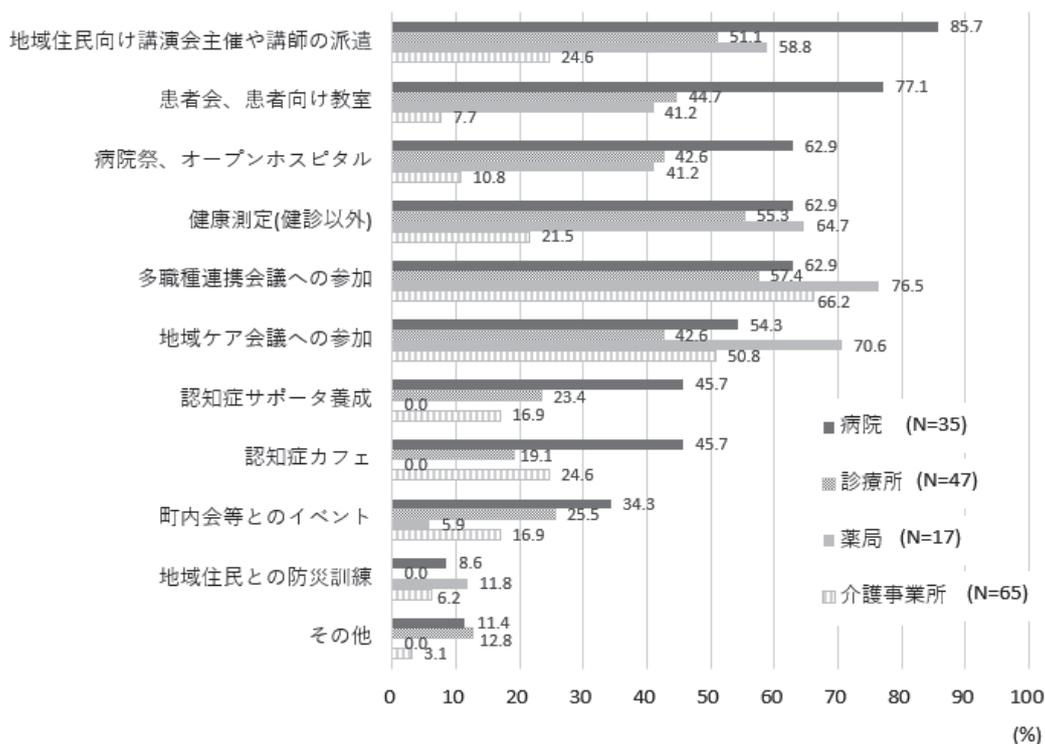
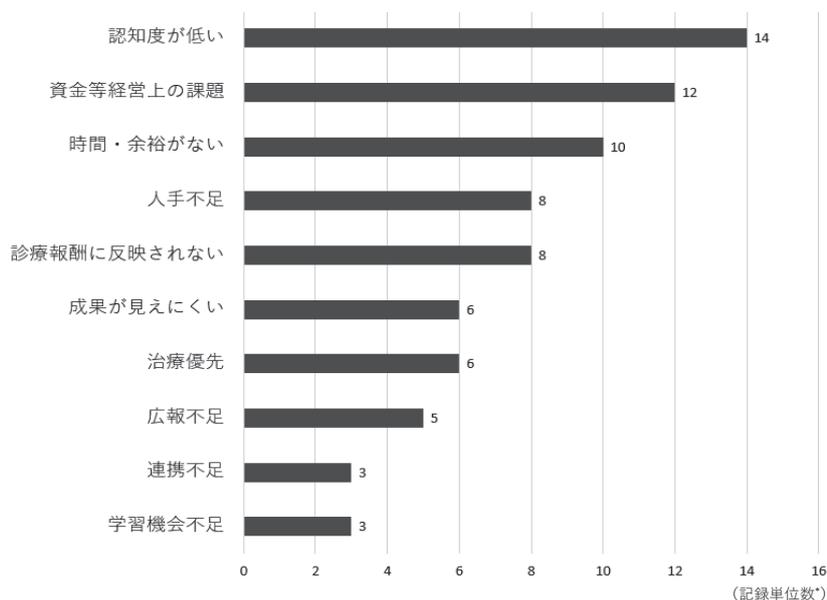


図3 地域住民とともに行う活動として実施されている取組（4機関別）



*1 理由を1記録単位として縮約し、コード、カテゴリーを作成した。記録単位数2以下のカテゴリーは記載を省略した。

図4 ヘルスプロモーション活動が各種医療機関に普及しにくい理由

4)

IV. 考察

本研究では、HP（地域包括ケアなどを含む）の方針や活動について、J-HPHに参加する病院、診療所、薬局および介護事業所の4機関における現状を具体事例とともに示すことができた。J-HPH参加機関においては、病院に限らず、まとめて報告されることが少ない他の3機関においても、患者中心、社会的弱者への支援を柱とした、多様で草の根的なHP活動が実施されていることが明らかとなった。

社会経済因子を考慮した患者へのアプローチは、無料定額診療事業等が4機関で広く実施されていた一方で、経済状況や社会的状況のスクリーニングツールの活用は病院と診療所にとどまることが示された（表2）。一方で、国際生活機能分類（ICF）などの全人的理解ひいては患者中心医療のためのツールは病院でさえ4割弱に止まり

（図1）、多忙な業務の中で適用するには実用的でない可能性が示唆された。また職員へのアプローチについては、新人研修は病院、診療所が中心で、健康教育などの実施が少ないことが示され、さらなる教育機会の充実を図る余地があると考えられた（図2）。対照的に、地域住民とともに行う取組の方が多彩で活発に行われていた（図3）。

2020年版HPH基準に基づく評価では、講演会の提供、生活困難者への相談対応、無料食料支援など「より広い社会におけるヘルスプロモーション（基準5）」に関わる活動を中心として、「住民中心のヘルスケアおよび利用者参加の促進（基準3）」の面では患者家族の声を重視して多種の制度・サービスとの連携を図り、「サービスへのアクセスの保障（基準2）」の面では高齢者や障がい者の利便性を考慮した無料送迎車やバリアフリーの整備などに多くの施設が投資していることが特徴的だった。（表3）

それに対して「HPHへの組織的などりくみの表明（基準1）」「健康的な職場、健康的な環境づくり（基準4）」は少なく、またHP活動が全国規模でなかなか普及しない原因に関するより詳細な記述でも、通常業務が手一杯な場合にHP活動が業務負荷になること、診療報酬などの対価がなく病院の持ち出しになっている金銭面の課題、また職員間の認識や理解の差が大きく、教育の機会も限られているなど教育面の課題が指摘されていた。これは公益法人の医療介護施設のHP活動の促進・阻害要因を検討した先行研究で、どの施設でも「業務負担」が阻害要因であることを示した報告とも同様の方向性であるといえる[25]。これらの結果を概括すると、今後職員が率先的にHP活動に従事するためには、「HPHへの組織的などりくみの表明」「健康的な職場、健康的な環境づくり」の双方の強化が必要で、そのためには「組織として変革に向けた体制の整備Organizational readiness for change」

（方針の明確化、概念の価値づけ、教育機会の保障、実践チームの構築、報酬、評価、フィードバック等）をリーダー、中間管理職、現場などマルチレベルで行うことが期待され、そのためにはHP活動を病院機能評価の項目に反映することも一考に値する[28]。政策面ではHP活動の地域保健医療計画や診療報酬への反映なども検討の余地があるだろう。例えば、歯科口腔保健が全身の健康増進および健康寿命延伸のための基本要素として多くの都道府県の医療計画に反映されたり[29]、加熱式たばこ使用者への禁煙治療が2020年度診療報酬改定により健康保険適用になったりしてきたように[30]、現場レベルの改善のためには、具体的な活動内容ごとに実施方法や連携先の確保、診療報酬やそれ以外の財源確保についても十分に検討する必要がある。

国際的なHPH活動も、個人やコミュニティレベルではコントロールできないさらに大きなセッティング（経済の変動、地球環境等）による健康格差拡大への政策介入の必要性を重視し、個人や集団への行動変容を促す数十年来の健康教育から、システム思考に舵を切っている。HP活動を継続・普及するためには、プラネタリー・ヘルスに呼応する形で、システム思考に基づいて組織レベルでキャパシティを構築することCapacity buildingが求められている[4,8,16,31,32]。現場スタッフのみではなく、世代間のギャップを埋めて組織全体として健康格差縮小を目指し[33]、組織における共同の価値観育成や信念の形成を行う動的なプロセスである「学習する組織・社会Learning Society」[34]、担当者が変更しても方針やそれまでに培った経験知が引継がれ、かつ発展できる組織への転換が求められる。その方向性はまさに、国際HPHネットワークが目指すグローバルHPH戦略2021-25の3つの目標、「①ガバナンス、政策、パートナーシップに影響力を持ち、医療制度とヘルスサービスが健康、ウェルビーイング、健康の公正なアウトカムに向けて方向転換する、②責任をもって協働し、エビデンスやツール、方策、資源を採用・共有することで、病院と医療機関が方向転換できるキャパシティの構築を行う、③次世代のHPHリーダーを育成する」の一翼を担うことに繋がるだろう[4]。

本研究は（i）国外では病院[15]以外の機関を対象としたHP活動の論文報告を認めず、また国内でもHPHネットワークの活動方針に基づく異種多施設・多法人に対する調査報告を認めない中で、HPHの理念を掲げて活動をしているJ-HPH参加の4機関を対象として全国規模の調査を初めて実施していること、（ii）先行研究[25]が一法人の実態を記述しているのに対して多数の法人（薬局を含む）を対象として世界のHP活動の動向を視野に日本全体のHP活動を考察していること、さらに（iii）個人の行動変容のみならず組織レベルの行動変容という視点から考察を深めている点で新規かつ独自である。一方で、次のような限界を踏まえて解釈する必要がある。まず、回答機関の規模が中小規模中心であるため、結果

の全国への一般化には慎重になる必要がある。これはJ-HPH参加機関自体がいくつかの法人に限られている現状も影響していると考えられ、大規模病院や薬局の現状についてはさらなる研究が待たれる。次に、回答施設はすべてJ-HPHネットワーク参加機関であり、HPへの意識が高い傾向にあることにも留意が必要である。さらに、回収率が42%にとどまったが、国際HPHネットワークによる先行研究による調査でも約34%であり[15]、現場が多忙であることも踏まえると、記述回答による補足も併せて、日本におけるHP活動の状況は一定程度捕捉できたのではないかと考える。

本研究では、国内における病院および診療所、薬局、介護事業所という各機関において実施されている地域に根差した多彩なHP活動と、認知度の低さ、リソース（資金・人材）不足、教育不足などの現場における課題を明らかにすることができた。HP活動を現場スタッフの個人的資質任せや場当たりの活動に終わらせないためにも、組織としての方針の明示、組織のキャパシティ構築 capacity building（病院機能評価の一環としてのHP活動の組み入れ、教育の充実と強化、資金の継続的配分ほか）を目指すシステム思考を涵養することの重要性が示唆された。2020年版HPH基準を含む各種ツールの利活用を組織として習慣化し、HP活動の不断の評価と見直しを行い、現場を取り巻く経済状況や地域・地球環境など、常により大きな文脈を念頭において政策へ働きかける必要があると考えられる。

V. 結論

日本の病院、診療所、薬局、介護事業所の各機関において、HP活動に相当する社会的弱者の支援、地域住民への働きかけなど多彩な取組が行われていた。一方で、今後組織的とりくみの表明や、健康的な職場・環境づくりと職員への関連教育のさらなる充実が期待される。組織としての方針の明示、組織のキャパシティ構築をシステム思考で目指すことが、健康格差是正や持続可能な地域での健康づくりに重要であることが示唆された。

謝辞

調査にご参画いただきました諸機関のご担当者の方々に、心より御礼申し上げます。また、研究にご協力いただいたHPH調査研究プロジェクトチーム（以下、敬称略）の社会医療法人同仁会 耳原総合病院副院長大矢亮氏、津軽保健生活協同組合健生病院院長伊藤真弘氏、公益財団法人淀川勤労者厚生協会附属西淀病院副院長結城由恵氏、医療生協さいたま生活協同組合埼玉協同病院副院長福庭勲氏、東京保健生活協同組合蔵前協立診療所理事長根岸京田氏、一般社団法人大阪ファルマプラン理事長廣田憲威氏の諸先生方に心より感謝申し上げます。当チームには共著者を含みます。

利益相反

本研究に関して、申告すべき利益相反（COI）はない。

研究の資金

京都大学大学院医学研究科社会医学系専攻と公益社団法人京都保健会との共同研究「我が国の医療環境におけるHealth Promoting Hospitalの展開に関する研究」（150180600012）、日本学術振興会の科学研究費補助金基盤研究（A）「保健医療介護の資源・過程・費用と健康成果における地域システム格差の要因構造の解明」（研究代表者 今中雄一、19H01075）、および同若手研究「診療ガイドライン活用に向けた情報基盤・体制整備：国際的実装科学知見の日本への応用」（研究代表者 佐々木典子、21K17248）の助成を受けて行われた。

引用文献

- [1] Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021.
- [2] World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion: 1st International Conference on Health Promotion. 1986, Ottawa. <https://iris.who.int/handle/10665/349652> (accessed 2024-12-10)
- [3] Green LW, Kreuter MW. Health promotion as a public health strategy for the 1990 s. *Annual Review of Public Health*. 1990;11(1); 319-334.
- [4] International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. *Global HPH strategy 2021-2025*. Hamburg, Germany: International HPH Network; December;2020.
- [5] 災害・健康危機管理の研究手法に関するWHO ガイドダンス 2022年改訂版. ジュネーヴ：世界保健機関；2023. [WHO guidance on research methods for health emergency and disaster risk management, revised 2022.] Geneva: WHO; 2023. (in Japanese)
- [6] International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. 2020 standards for health promoting hospitals and health services. Hamburg, Germany: International HPH Network; December, 2020. <https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/12/2020-HPH-Standards.pdf> (日本語版 2022.2) 国際HPH (Health Promoting Hospitals and Health Services) ネットワーク. 2020年版HPH基準. <https://www.hphnet.jp/sys/wp-content/uploads/2020%E5%B9%B4%E7%89%88H-PH%E5%9F%BA%E6%BA%96.pdf> (in Japanese) (accessed 2024-09-30)
- [7] Groene O, Garcia-Barbero M. edited. *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management*. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe; 2005.

- [8] Baum F. The new public health. 4th ed. Melbourne, VIC: Oxford University Press; 2016.
- [9] Bending the trends to promote health and well-being: a strategic foresight on the future of health promotion. Geneva: World Health Organization; 2022.
- [10] World Health Organization. Systems thinking for non-communicable disease prevention policy: guidance to bring systems approaches into practice (No. WHO/EURO: 2022-4195-43954-61946). World Health Organization. Regional Office for Europe. 2022.
- [11] Hancock, T. Health promotion in Canada: 25 years of unfulfilled promise. Health Promotion International. 2011;26(suppl_2):ii263-ii267.
- [12] Graham R, Boyko JA, Sibbald SL. Health promoting hospitals in Canada: a proud past; an uncertain future. Clinical Health Promotion. 2014;4(2):70-75.
- [13] Graham JR, Sibbald SL. Eulogy for the Canadian health-promoting hospitals movement. Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada. 2019;39(2):61-62.
- [14] Potvin L, Jones CM. Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. Canadian Journal of Public Health. 2011 Jul 1;102(4):244-8.
- [15] Röthlin F, Schmied H, Dietscher C. Health promotion implementation capacities in hospitals matter: results from the PRICES-HPH study. Health Promo Int. 2015;32(3):442-455.
- [16] WHO Regional Office for Europe. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. 2006. 全日本民主医療機関連合会「自己評価表と活用マニュアル」翻訳プロジェクトチーム, 翻訳. 病院でヘルスプロモーションを実践するための: 自己評価表と活用マニュアル.
- [17] 日本HPHネットワークホームページ. [Japan Network of Health Promoting Hospitals & Health Services.] <https://www.hphnet.jp/about/introduction.html> (in Japanese) (accessed 2024-12-06)
- [18] 日本HPHネットワーク加盟事業所一覧. [Japan Network of Health Promoting Hospitals & Health Services kamei jigyocho ichiran.] <https://www.hphnet.jp/list/list.html> (in Japanese) (accessed 2024-12-06)
- [19] 烏帽子田彰, 佐々木昌弘. 第2章C 健康増進・ヘルスプロモーション. 小泉昭夫, 他監修. NEW予防医学・公衆衛生学改訂第4版. 東京: 南江堂; 2018. Eboshida A, Sasaki M. Chapter 2-C [Kenko zo-shin, health promotion.] Koizumi A, et al. edited. [NEW yobo igaku, koushu eisei gaku. 4th ed.] Tokyo: Nanko-do; 2018. (in Japanese)
- [20] 日本学会会議第7部 地域医学研究連絡委員会. わが国のヘルスプロモーションにおける地域支援のあり方. 2002. Science Council of Japan. Part 7. Chiiki Igaku Kenkyu Renraku linkai. [Wagakuni no health promotion ni okeru chiiki shien no arikata.] 2002. (in Japanese)
- [21] 中村正和, 企画. 病院や診療所におけるヘルスプロモーション活動. 月刊地域医学. 2019;33(4):275-302. Nakamura M, edited. [Byoin ya shinryosho ni okeru health promotion katsudo.] Gekkan Chiiki Igaku. 2019;33(4):275-302. (in Japanese)
- [22] 佐藤幹夫. ルポ 高齢者ケア—都市の戦略, 地方の再生. 東京: ちくま書房; 2014. Sato M. [Rupo Koreisha care: Toshi no senryaku, chiho no saisei.] Tokyo: Chikuma Shobo; 2014. (in Japanese)
- [23] Nishioka D, Tamaki C, Furuuta N, Nakagawa H, Sasaki E, Uematsu R, et al. Changes in health-related quality of life among impoverished persons in the Free / Low-Cost Medical Care Program in Japan: Evidence from a prospective cohort study. Journal of Epidemiology. 2021;JE20210005.
- [24] 吉永純, 原昌平, 奥村晴彦, 近畿無料低額診療事業研究会, 編著. 無料低額診療事業のすべて: 役割・実践・実務. 京都: クリエイツかもがわ; 2019. Yoshinaga J, Hara S, Okumura H, Kinki Muryo Teigaku Shinryo Jigyō Kenkyukai, hencho. [Muryo teigaku shinryo jigyo no subete: Yakuwari, jissen, jitsumu.] Kyoto: Creates Kamogawa; 2019. (in Japanese)
- [25] 川畑輝子, 宇田英典, 中村正和, 山田隆司, 佐々木典子, 今中雄一. 医療・介護施設のヘルスプロモーション活動の実態と促進・阻害要因の検討: 一公益法人を対象として. 日本公衆衛生雑誌. 2025;72(5):340-351. Kawabata T, Uda H, Nakamura M, Yamada R, Sasaki N, Imanaka Y. [Health-promoting activities and facilitating/inhibiting factors in hospitals, clinics, and nursing care facilities: Public interest corporation survey results.] Jpn J Public Health. 2025;72(5):340-351. (in Japanese)
- [26] HPH調査票4種. [Four types of the HPH questionnaire.] <http://hdl.handle.net/2433/290879> (in Japanese) (accessed 2024-12-11)
- [27] Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. International Journal of Qualitative Methods. 2006;5(1):80-92.
- [28] Weiner BJ, Clary AS, Turner K et al. Organizational readiness for change: What we know, what we think we know, and what we need to know. Albers B, Shlonsky A, Mildon R editors. Implementation Science 3.0. Cham, Switzerland: Springer; 2020.
- [29] 深井穂博. 歯科口腔保健の新時代: データからの一瞥 (第22回・最終回) New Public Healthと歯科口腔保健の新時代. 歯界展望. 2023;142(1):178-181. Fukai K. [Shika koku hoken no sin jidai: data kara-

- no at a glance dai 22 kai saishukai new public health to shika koku hoken no shin jidai.] Dental Outlook. 2023;142(1):178-181. (in Japanese)
- [30] 片岡葵, 村木功, 菊池宏幸, 清原康介, 安藤絵美子, 中村正和. 2022. UP DATE 禁煙支援・治療における新型たばこ問題. 公衆衛生. 2022;86(2):132-138. Kataoka A, Muraki I, Kikuchi H, Kiyohara K, Ando E, Nakamura M. [Update kinen shien / chiryo ni okeru shingata tobacco mondai.] Koshu Eisei. 2022;86(2):132-138. (in Japanese)
- [31] Baum F. How can health promotion contribute to pulling humans back from the brink of disaster? Global Health Promotion. 2021;28(4):64-72.
- [32] Baum FE, Sanders DM. Ottawa 25 years on: a more radical agenda for health equity is still required. Health Promot Int. 2011;26:ii253-ii257.
- [33] Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet. 2008;372(9650):1661-1669.
- [34] Stiglitz JE, Greenwald BC. Creating a learning society: A new approach to growth, development, and social progress. New York; Columbia University Press: 2015. 藪下史郎, 監訳, 岩本千晴, 訳. ステイグリッツのラーニング・ソサイエティ. 生産性を向上させる社会. 東京: 東洋経済新聞社; 2017.