

資料

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

カワバタ テル コ ウ ダ ヒデノリ ナカムラ マサカズ ヤマダ タカシ
川畑 輝子* 宇田 英典* 中村 正和* 山田 隆司*
ササキ ノリ コ イマナカ ユウイチ
佐々木典子^{2*} 今中 雄一^{2*,3*}

目的 地域包括ケアシステムの推進に向け、(公社)地域医療振興協会が運営する医療・介護施設のヘルスプロモーション活動（以下、活動）の実態と施設の種類による活動内容、促進・阻害要因の違いを把握し、今後の活動推進方策を検討することを目的とした。

方法 2022年4月～2023年9月に、Web調査および電話・メールによるヒアリング調査を実施した。調査内容は、1. 患者・利用者、地域住民、職員を対象に行っている健康づくり等の活動内容（選択肢）、2. 組織的に活動を拡充する意欲（10段階スケール）、3. 促進・阻害要因（自由記載）とした。結果は施設の種別に分析し、活動内容を2020年版 HPH（Health Promoting Hospitals and Health Services）基準と照らして整理した。

結果 回答率は100%であり、全施設活動を実施していた。病院、診療所、介護老人保健施設（以下、老健）の順に実施施設割合（%）と施設の種類間差をみると、患者・利用者（96.0, 84.5, 94.4, $P = 0.01$ ）、地域（96.0, 83.3, 100.0, $P < 0.001$ ）、職員（100.0, 72.9, 94.4, $P < 0.001$ ）と、診療所が病院・老健と比して有意に低かった。診療所の活動数を職員数別に見た結果、50人未満（S）は、50人以上（L）と比べて、活動数の平均（S, L）が、患者・利用者（4.1, 6.2, $P = 0.03$ ）、地域（4.9, 9.2, $P < 0.001$ ）、職員（1.6, 3.8, $P < 0.001$ ）と、いずれも有意に少なかった。拡充の意欲は全体として中央値7.0で施設の種類間には差は無く、その規定要素としての重要性は、病院 = 7.0, 診療所 = 8.0, 老健 = 8.0と、診療所と老健が病院よりやや高かった。促進要因は、病院では推進委員会設置等の「内部の体制づくり」が、診療所と老健では「教材、マニュアル、ノウハウ等の提供」が最多だった。阻害要因の1位は、施設の種類に関わらず「業務負担」だった。活動は2020年版 HPH 基準をほぼ満たしていたが、評価体制に改善の余地が見られた。

結論 全施設、すでに WHO の HPH 基準に沿った活動を実施し、拡充にも意欲的だった。活動の推進には、組織の体制整備、活動に収益性があること、評価指標の開発と成果の測定、評価体制の構築が不可欠であると示された。

Key words : 地域医療, ヘルスプロモーション, 医療・介護施設, HPH, 地域包括ケアシステム

日本公衆衛生雑誌 2025; 72(5): 340–351. doi:10.11236/jph.24-074

I 緒 言

少子高齢化が進む日本において、厚生労働省は可

能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、自治体に対し地域包括ケアシステムの推進を求めている¹⁾。

ただし過疎化の進展にともない、システムに不可欠な医療の確保が困難な地域も少なくない。公益社団法人地域医療振興協会（以下、当法人）は、全国各地のへき地における医療の確保を公益目的事業として内閣府から認定を受けた唯一の法人である。施設の60%は総務省が指定する過疎関係市町村（以下、過疎地）に立地し、全体の92%は自治体から

* 公益社団法人地域医療振興協会

^{2*} 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医療経済学分野

^{3*} 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
責任著者連絡先：〒102-0093 千代田区平河町2-6-4 海運ビル7階
地域医療振興協会 川畑輝子
E-mail: terukoka@jadecom.jp

の指定管理委託を受けて運営している。

このような観点から、当法人では公衆衛生委員会を設置し、地域包括ケアシステムの一翼を担う地域医療と公衆衛生の協働を目指した様々な活動を行っている。その一環として、当法人が運営する全施設を対象に「病気や障がいの有無に関わらず、すべての人が自分らしく充実した生活を送れるように、さまざまな方法を組み合わせて自らの健康をコントロールし改善できるようにする取組」と定義した広義のヘルスプロモーション活動（以下、活動）の実態調査を行った。本調査ではあえて業務（医療・介護）とヘルスプロモーション活動の線引きはせず、どの活動が該当するかの判断は各施設に委ねた。ヘルスプロモーションの捉え方が施設によって異なる「曖昧さ」や、活動内容に業務の一部が含まれることに対する違和感が懸念されたが、日本全国に点在し規模や機能も様々な施設の活動を概括する目的においては、その「曖昧さ」がより多様な活動をすくい上げることになるため重要だと考えた。

海外では、World Health Organization (WHO) が設立した国際 Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) ネットワークが2020年版 HPH 基準 (HPH 基準) を公表し²⁾、HPH 活動を推進している^{3,4)}。HPH 基準は、ヘルスプロモーションに取り組む病院およびヘルスサービスのための包括的な基準であり、5つの基準と付随する2~6の副基準で構成される²⁾。日本においても日本 HPH ネットワーク (J-HPH) がその普及に取り組んでいるが⁵⁾、拡充に向けた意欲や促進・阻害要因に関する報告は見当たらない。そこで当法人が運営する施設の活動の実態および拡充の意欲、促進・阻害要因を把握するための調査を行った。

病院を対象とした調査結果については、すでに地域医療振興協会が主催する第14回JADECOM 学術大会で発表し、同協会が刊行する月刊地域医学で報告している⁶⁾。本研究では、さらに診療所と介護老人保健施設（以下、老健）の調査結果を含めた当法人全体の活動実施状況を HPH 基準に沿って整理し、1. 施設の種類の活動内容および意欲の違い、2. 施設の種類の促進・阻害要因の同異と必要な支援と対策、3. それらを踏まえた具体的な活動推進方策について検討することを目的とした。

Ⅱ 方 法

1. 調査対象

当法人が運営する全施設（2022年4月時点）を対象とし、高齢者福祉・医療複合施設（複合施設）は、診療所と老健に分けて各施設の代表者として施

設管理者に回答を依頼した。その結果、25病院、48診療所、18老健、合計91施設が対象となった。

2. 調査期間・調査方法

調査は、まず活動を概括するための Web 調査を実施し、その結果を基に活動内容と促進・阻害要因の詳細について把握するためのヒアリング調査を追加で実施した。ヒアリング調査は電話・テレビ電話を基本とし、時間的制約等により難しい場合はメールでの回答を依頼した。病院は2022年4~12月に、診療所と老健は2023年2~9月に実施した。

3. 調査項目・調査内容

Web 調査の項目は、1. 活動内容、2. 拡充の意欲（以下、意欲）、3. 促進・阻害要因とした。活動内容は、国際 HPH ネットワークの枠組み⁷⁾に準じ、対象を1. 自施設の患者・利用者、2. 地域住民（以下、地域）、3. 職員に分け、12~22項目の選択肢で回答を求めた⁸⁾。選択肢の項目は、京都大学大学院をはじめとする HPH 調査研究プロジェクトチームが J-HPH 加盟施設を対象に行った調査⁹⁾の選択肢を参考に、当法人が運営する施設の実態に即した独自の選択肢を作成した⁸⁾。

意欲は、Keller らの重要度-自信度モデル (Conviction-confidence model)¹⁰⁾を参考に、「意欲」とそれを規定する「重要性」と「自信」について、全くない・全く重要でない = 0~とてもある・とても重要である = 10の10段階リッカートスケールで尋ねた。

促進・阻害要因は、それぞれ自由記載による回答を求めた。活動内容と意欲は必須項目とし、促進・阻害要因は、回答者の時間的および心理的負担軽減の観点から任意項目とした。

ヒアリング調査は、Web 調査の選択肢で得られた活動内容および自由記載で得られた促進・阻害要因に不明瞭な部分があった場合に、追加の情報収集を行う目的で各回答者に不明点を投げかけ回答を得た。

4. 分析方法

活動実施状況および活動の拡充に対する意欲は、施設の種別（病院、診療所、老健）に集計し、施設の種類の比較を行った。活動内容は施設の種別および対象別（患者・利用者、地域、職員）に選択肢ごとの実施施設数と割合を算出し、平均活動実施数を算出した。さらに、職員数が活動実施数に影響しているのではないかと仮説をたて、病院と診療所は職員数別に比較を行った。病院は、職員数が病床数と機能（慢性・回復期/急性・高度急性期）を代表しており、診療所は、職員数が50人未満と50人以上で二峰性を示したためである。老健は、病床数、職員数ともにばらつきが少なく施設区分も類似

していたため、群分けは行わなかった。

ヒアリング調査で得られた活動内容の詳細は、HPH 基準および副基準の項目に沿って振り分け整理した。促進・阻害要因は、質的データ分析の手法である「理論的コード化」の手順を参考に¹⁾、要約したセグメントをコード化し施設の種類ごとにカテゴリ化した。振り分けおよびカテゴリ化は筆頭著者および第二著者が中心となり行い、筆者全員でその妥当性の検討と確認を行った。

統計解析は SPSS Ver.23 を使用し、活動の実施施設割合はカイ二乗検定を、活動実施数は対応のない *t* 検定を、意欲はクラスカル・ウォリス検定を用いて比較した。有意水準はすべて 5 % 未満とした。

5. 倫理的配慮

調査の実施にあたり、対象施設の管理者宛に調査の依頼とともに本研究の趣旨、目的、調査内容、データの取扱い、研究協力の任意性と撤回の自由に関して書面で説明し、同意を得た。協力しない場合は一切ない旨を依頼書に明記した。本研究は、地域医療振興協会倫理審査委員会の承認を得た（承認番号 20210310-1 2021 年 3 月 10 日、20230209-1 2023 年 2 月 9 日）。

Ⅲ 研究結果

1. 回答率および対象施設の概要（表 1）

回答率は、Web 調査、ヒアリング調査ともに 100% だった。施設の基本属性を表 1 に示す。病院は、200床未満 = 15施設、200～499床 = 10施設、機能別では慢性期・回復期 = 13施設、急性期・高度急性期 = 12施設、職員数では 50～200人 = 9施設、201～500人 = 11施設、501～1,000人 = 5施設だった。診療所は、85% が無床であり、職員数は 79% が 50人未満（1～21人）であった。老健は、72% が 50～100床であり、施設区分別では、加算型 = 7施設、在宅強化・超強化型 = 11施設、運営形態は 89% が複合施設・医療機関併設型であった。職員数は 70% が 40～70人だった。

2. 活動実施状況および拡充に対する意欲の概要（表 2）

1) 活動実施状況

全施設においてすでに活動を実施していた。対象別、施設の種別別に活動の実施施設割合（%）をみると（病院、診療所、老健、種類間差）患者・利用者（96.0, 84.5, 94.4, $P = 0.011$ ）、地域（96.0, 83.3, 100.0, $P < 0.001$ ）、職員（100.0, 72.9, 94.4, $P < 0.001$ ）と、全対象において診療所の実施施設割合が病院または病院と老健の両方より有意に低

表 1 対象施設の属性

施設種類	項目	施設数	(%)
全体 (<i>n</i> = 91)	所在地区		
	北海道・東北	13	(14.3)
	関東・甲信越	27	(29.7)
	東海・北陸	31	(34.1)
	関西・中国・四国	13	(14.3)
	九州・沖縄	7	(7.7)
	都市部・過疎地		
	都市部	36	(39.6)
	過疎地 ¹⁾	55	(60.4)
	病床数（最小40, 最大482）		
病院 (<i>n</i> = 25)	200床未満	15	(60.0)
	200～499床	10	(40.0)
	機能		
	慢性期・回復期	13	(52.0)
	急性期・高度急性期	12	(48.0)
	職員数 ²⁾ （最小59, 最大797）		
	50～200人	9	(36.0)
	201～500人	11	(44.0)
	501～1,000人	5	(20.0)
診療所 (<i>n</i> = 48)	病床数		
	無床	41	(85.4)
	有床（最小15, 最大19）	7	(14.6)
	有床診療所（ <i>n</i> = 7）の機能		
	慢性期・回復期	7	(100.0)
	急性期・高度急性期	0	(0.0)
	職員数 ²⁾ （最小1, 最大100）		
	50人未満	38	(79.2)
	50～100人	10	(20.8)
老健 (<i>n</i> = 18)	病床数（最小29, 最大150）		
	50床未満	2	(11.1)
	50～100床	13	(72.2)
	>101床以上	3	(16.7)
	施設区分		
	基本型・その他型	0	(0.0)
	加算型	7	(38.9)
	在宅強化型	5	(27.8)
	超強化型	6	(33.3)
	運営形態		
	複合施設・医療施設併設	16	(88.9)
	単独	2	(11.1)
	職員数 ²⁾ （最小24, 最大75）		
	50人未満	7	(38.9)
	50～100人	11	(61.1)

厚生労働省への報告内容（令和4年度）を基に分類

¹⁾ 過疎地：総務省が指定する過疎関係市町村等（令和元年4月1日）

²⁾ 職員数：病院は2022年7月時点、診療所・老健は2023年4月時点

職員数の区分は厚生労働省労働安全衛生規則の衛生管理者選任数の区分を参考にした。

表2 施設の種類別にみた活動の実施状況および拡充の意欲

実 施 動 状 況 の 意 欲 の 状 況	対象	施設の種類			施設の種類の比較	
		H: 病院 (n = 25)	C: 診療所 (n = 48)	N: 老健 (n = 18)		
		実施施設数 (割合)			P 値 ¹⁾	多重比較
実 施 動 状 況 の 意 欲 の 状 況	全対象	25 (100.0)	48 (100.0)	18 (100.0)	—	
	患者・利用者	24 (96.0)	41 (84.5)	17 (94.4)	0.011	C < H
	地域	24 (96.0)	40 (83.3)	18 (100.0)	<0.001	C < H, N
	職員	25 (100.0)	35 (72.9)	17 (94.4)	<0.001	C < H, N
拡 充 意 欲 の 意 欲 の 状 況	項目	中央値 (25–75%ile)			P 値 ²⁾	多重比較
	意欲	7.00 (5.50–8.00)	7.00 (5.00–8.00)	7.00 (6.25–8.75)	0.679	—
	重要性	7.00 (6.50–9.00)	8.00 (7.00–9.00)	8.00 (6.25–9.75)	0.827	—
	自信	5.00 (3.00–6.50)	5.00 (2.00–6.50)	5.00 (4.00–6.00)	0.931	—

¹⁾ カイ二乗検定 (Yates の補正), ²⁾ クラスカル・ウォリス検定

意欲: 「活動を拡充したいと思いますか」に対し, 全く思わない = 0 ~ 強くそう思う = 10, の10段階

重要性: 「活動を拡充することはどれくらい重要だと思いますか」に対し, 全く重要ではない = 0 ~ とても重要である = 10, の10段階

自信: 「活動を支障なく拡充できると思いますか」に対し, 全く自信がない = 0 ~ 大変自信がある = 10, の10段階

かった。

2) 拡充に対する意欲

意欲は施設の種別を問わず中央値7.0で施設の種別間に差は無かった。重要性は, 病院 = 7.0, 診療所 = 8.0, 老健 = 8.0と, 統計的有意性は認められなかったものの, 診療所と老健が病院よりやや高い傾向であった。自信は施設の種別を問わず中央値5.0で施設の種別間に差は無かった。

3. 対象別, 施設の種類の活動実施内容 (表3)

1) 病院

患者対象の主な活動内容 (実施施設割合) は, 入退院相談 (96.0), 新型コロナウイルス感染予防対策 (92.0), リハビリテーションの充実 (80.0) 等, 地域対象は, 健診の受入れ (92.0), 講演・健康教育・健康イベントの開催 (88.0), 自治体との連携 (84.0) 等, 職員対象は, メンタルヘルス (92.0), 保育支援 (84.0), 新型コロナウイルス感染予防対策 (80.0) 等であった。

1 施設当たりの平均活動実施数は, 患者対象 = 7.0, 地域対象 = 7.9, 職員対象 = 7.9であった。

2) 診療所

患者対象の主な活動内容 (実施施設割合) は, 教材の作成・提供 (68.7), 待合室を活用した情報提供 (66.6), 新型コロナウイルス感染予防対策 (64.5) 等, 地域対象は, 講演・健康教育・健康イベントの開催 (77.0), 自治体との連携 (56.2), 健診の受入れ (54.1) 等, 職員対象は, 法定外健診・予防接種の補助 (60.4), 健康教育・情報提供 (58.3), 新型コロナウイルス感染予防対策 (54.1) 等であった。

1 施設当たりの平均活動実施数は, 患者対象 = 5.7, 地域対象 = 6.5, 職員対象 = 2.5であった。

3) 介護老人保健施設

利用者対象の主な活動内容 (実施施設割合) は, 新型コロナウイルス感染予防 (88.9), リハビリテーションの充実 (77.8), 待合室を活用した情報提供 (55.6) 等, 地域対象は, 講演・健康教育・健康イベントの開催 (72.2), 自治体との連携 (66.7), 新型コロナウイルス感染予防対策 (55.6) 等, 職員対象は, 法定外健診・予防接種の補助 (88.9), 健康教育・情報提供 (77.8), 新型コロナウイルス感染予防対策 (61.1) 等であった。

1 施設当たりの平均活動実施数は, 患者対象 = 5.4, 地域対象 = 5.7, 職員対象 = 4.2であった。

4. 病院と診療所における職員数別に見た活動実施数の比較 (表4)

病院における職員数別 (200人未満 = SH, 200人以上 = LH) の平均活動実施数の比較では (SH, LH, 有意確率), 患者対象 = 4.6, 8.3, $P < 0.001$, 地域対象 = 6.6, 8.7, $P = 0.05$, 職員対象 = 4.7, 5.1, $P = 0.14$, と患者対象の実施数が LH において有意に多かったが, 地域および職員対象の活動数に差は無かった。

診療所における職員数別 (50人未満 = SC, 50人以上 = LC) の比較では (SC, LC, 有意確率), 患者対象 = 4.1, 6.2, $P = 0.03$, 地域対象 = 4.9, 9.2, $P < 0.001$, 職員対象 = 1.6, 3.8, $P < 0.001$ と, 全対象において LC の活動数が有意に多かった。

表 3 施設の種類別に見た主な活動内容（各対象上位10項目）

対 象	病院 (n = 25)		診療所 (n = 48)		老健 (n = 18)	
	内容	実施施設数 (%)	内容	実施施設数 (%)	内容	実施施設数 (%)
患 者 ・ 利 用 者	入退院相談	24 (96.0)	教材の作成・提供	33 (68.7)	新型コロナウイルス感染症予防対策	16 (88.9)
	新型コロナウイルス感染症予防対策	23 (92.0)	待合室を活用した情報提供	32 (66.6)	リハビリテーションの充実	14 (77.8)
	リハビリテーションの充実	20 (80.0)	新型コロナウイルス感染症予防対策	31 (64.5)	待合室を活用した情報提供	10 (55.6)
	健康教育・健康教室	17 (68.0)	市町村が実施するがん検診の受診勧奨	30 (62.5)	転倒予防	10 (55.6)
	待合室を活用した情報提供	17 (68.0)	ポリファーマシー対策	15 (31.2)	利用者・家族への健康教室	9 (50.0)
	社会的決定要因の評価	15 (60.0)	リハビリテーションの充実	13 (27.0)	フレイル予防	7 (38.8)
	転倒予防	14 (56.0)	フレイル予防	12 (25.0)	ポリファーマシー対策	7 (38.8)
	ACP（人生会議）	13 (52.0)	ACP（人生会議）	12 (25.0)	ACP（人生会議）	7 (38.8)
	教材の作成・提供	11 (44.0)	転倒予防	9 (18.7)	社会的決定要因の評価と支援	5 (27.8)
	フレイル予防	11 (44.0)	健康教室	8 (16.6)	教材の作成・提供	1 (5.6)
地 域	1 施設当たりの活動実施数の平均 (SD)	7.0 (3.0)	1 施設当たりの活動実施数の平均 (SD)	5.7 (2.9)	1 施設当たりの活動実施数の平均 (SD)	5.4 (3.1)
	健診の受入れ	23 (92.0)	講演・健康教育・健康イベントの開催	37 (77.0)	講演・健康教育・健康イベントの開催	13 (72.2)
	講演・健康教育・健康イベントの開催	22 (88.0)	自治体との連携	27 (56.2)	自治体との連携	12 (66.7)
	自治体との連携	21 (84.0)	健診の受入れ	26 (54.1)	新型コロナウイルス感染症予防対策	10 (55.6)
	保健所との連携	19 (76.0)	新型コロナウイルス感染症予防対策	26 (54.1)	地域ケア会議への参加	8 (44.5)
	新型コロナウイルス感染症予防対策	19 (76.0)	国医・校医の引き受け	26 (54.1)	ボランティアの受入れ	7 (38.8)
	地域ケア会議への参加	18 (72.0)	新型コロナウイルスワクチン接種	23 (47.9)	町内会や老人会との連携	6 (33.3)
	地域医療懇話会への積極的参加	16 (64.0)	地域ケア会議への参加	21 (43.7)	健診の受入れ	4 (22.2)
	ボランティアの受入れ	11 (44.0)	保健所との連携	16 (33.3)	認知症カフェの開催	4 (22.2)
	患者会・介護者会等の運営支援	7 (28.0)	地域に向けた情報発信	14 (29.1)	認知症サポーター養成	4 (22.2)
職 員	子供の支援（子供食堂・病児保育等）	7 (28.0)	子供の支援（子供食堂・病児保育等）	12 (25.0)	子供の支援（子供食堂・病児保育等）	4 (22.2)
	1 施設当たりの活動実施数の平均 (SD)	7.9 (3.5)	1 施設当たりの活動実施数の平均 (SD)	6.5 (4.1)	1 施設当たりの活動実施数の平均 (SD)	5.7 (2.4)
	メンタルヘルス	23 (92.0)	法定外健診・予防接種の補助	29 (60.4)	法定外健診・予防接種の補助	16 (88.9)
	保育支援	21 (84.0)	健康教育・情報提供	28 (58.3)	健康教育・情報提供	14 (77.8)
	新型コロナウイルス感染症予防対策	20 (80.0)	新型コロナウイルス感染症予防対策	26 (54.1)	新型コロナウイルス感染症予防対策	11 (61.1)
	法定外健診・予防接種の補助	14 (56.0)	メンタルヘルス	14 (29.1)	メンタルヘルス	8 (44.5)
	職員食堂等を通じた食支援	14 (56.0)	健康支援のための環境整備	10 (20.8)	健康支援のための環境整備	7 (38.8)
	健康教育・情報提供	12 (48.0)	運動支援	4 (8.3)	職員食堂等を通じた食支援	5 (27.8)
	サークル・同好会活動の支援	11 (44.0)	職員食堂等を通じた食支援	2 (4.1)	禁煙支援	4 (22.2)
	運動支援	7 (28.0)	禁煙支援	2 (4.1)	運動支援	2 (11.1)
SD : Standard Deviation	禁煙支援	8 (32.0)	保育支援	2 (4.1)	サークル・同好会活動の支援	1 (5.6)
	健康支援のための環境整備	6 (24.0)	サークル・同好会活動の支援	1 (2.0)	男女共同参画への積極的取組	1 (5.6)
	1 施設当たりの活動実施数の平均 (SD)	7.9 (3.5)	1 施設当たりの活動実施数の平均 (SD)	2.5 (1.9)	1 施設当たりの活動実施数の平均 (SD)	4.2 (1.3)

表5 ヒアリング調査で得られた活動の具体例と2020年版 HPH 基準との関連

該当 基準	2020年版 HPH 基準・副基準の項目	活動の具体例	対象	
			患者 ¹⁾	地域 職員
基準 1：組織的とりくみの表明				
1-1	リーダーシップ（組織として戦略的に活動）	・施設の活動方針の1つにヘルスプロモーション活動を位置づけ、周知している	○	○
1-2	方針（活動の目的と使命の明確化）	・活動を推進する委員会を設置し定期開催している	○	○
1-3	成果の系統的モニタリングと評価	・活動ごとにプロジェクトチームを編成し組織として実施している	○	○
		・活動に向けたワークショップ等を行い職員の意識を高めている	○	○
		・入退院、入退所時に経済状況等を個別に聞き取り適切な資源に繋いでいる	○	
		・相談室、支援室（課）等を設置し療養上の様々な相談に応じている	○	
2-1		・地域包括支援センター等と連携し地域住民の経済的・資源的相談に応じている	○	○
		・遠方、へき地または感染症に不安がある患者さん・妊婦さんでも安心して受診できる遠隔診療、オンライン母親学級・栄養指導等を実施している	○	
2-2		・ホームページやWeb通信、施設の案内等を多言語で提供している	○	○
2-3		・宗教上の理由等による禁忌食材がある場合は対応している	○	
		・個々のニーズに応じた教材を作成し、治療効果の最大化を図っている	○	
3-1		・喫煙患者に対し積極的に禁煙を促し、禁煙外来に繋いでいる	○	
		・障がい児、発達・学習面で支援が必要な子供に療育を行っている	○	○
		・チームを編成し、積極的に患者の ACP ²⁾ および地域への普及に取り組んでいる	○	○
3-2		・フレイルリスクの高い患者に対し、積極的にリハビリの介入を行っている	○	
		・ハイキングやゴルフ等を取り入れた心臓リハビリテーションを実施している	○	
		・多職種連携パスを作成し、患者・利用者の服薬・嚥下状況の確認と適正化を実施	○	
		・地域イベントに積極的に参加し、地域に寄り添った医療・介護の提供を図っている	○	○
3-3		・職員研修に地域の文化・歴史・方言等を学ぶプログラムを組み入れ、患者との円滑なコミュニケーションを図っている	○	○
		・病院祭、施設祭を開催し、地域住民との交流を図っている	○	○
		・外国人患者には必要に応じて地域の通訳ボランティアを依頼する	○	○
3-4		・糖尿病、心臓病等の教室を開催し患者の行動変容とエンパワメントを支援している	○	
		・インフルエンザ等の季節性疾患や生活習慣病の予防に向けた情報提供を、通信、デジタルサイネージ、ホームページ等で行っている	○	○
3-5		・患者会、家族会、介護者会等の場所の提供や運営支援をしている	○	○
		・車いすボランティア、院内案内、通訳等のボランティアを受入れている	○	○
3-6		・転倒リスクの高い患者に対して、ケアマネージャー等と連携し、自宅環境の確認と整備を行っている	○	
基準 3：住民中心のヘルスケアおよび利用者参加の促進				
3-1	ケアのニーズへの対応 (患者ニーズ、行動上のリスク、子供のニーズ)			
3-2	即応力のあるケアの実践 (個人の文化・年齢に応じたケアの提供)			
3-3	患者と医療従事者のコミュニケーション			
3-4	患者の行動変容およびエンパワメントの支援			
3-5	患者、家族、介護者、地域社会の参加			
3-6	ケア提供者との連携 (外部のケア提供者との連携)			

表 5 ヒアリング調査で得られた活動の具体例と2020年版 HPH 基準との関連（つづき）

2020年版 HPH 基準・副基準の項目	該当基準	活動の具体例	対象	
			患者 ¹⁾	地域職員
基準 4：健康的な職場、健康的な環境づくり 4-1. スタッフの健康ニーズ，参加，およびヘルスプロモーション 4-2. 健康的な環境設定	4-1	・職員のメンタルヘルスの評価を定期的に行い，頻回に面談，声がけを行っている		○
		・職員の食事・生活習慣調査を行い，健康課題・ニーズを把握している		○
		・職員健診の集団結果を周知し，行動変容を促している		○
		・特定保健指導対象者に対し，無料で血液検査を行い評価している		○
基準 5：より広い社会におけるヘルスプロモーション 5-1. 住民の健康ニーズ（公衆衛生組織との連携など） 5-2. 地域社会の健康に取り組む（地域組織との連携・アウトリーチ活動など） 5-3. 環境衛生（環境に配慮したサービスの提供） 5-4. 情報，研究，能力の共有	4-2	・スポーツイベントの定期開催		○
		・健康保険組合と連携し，禁煙外来受診の費用補助を行っている		○
		・法定外健診・予防接種の費用補助を行い，受診勧奨している		○
		・ウォーターサーバー，電子レンジ，冷蔵庫の設置，ランチスペースの確保		○
		・職員食堂を設置し，安価でバランスの良い職員食を提供している		○
		・院内のコンビニエンスストアで健康的なランチセットを販売し，職員に安価に提供		○
		・保育所の設置，病児・病後児保育等の職員の保育支援		○
		・院内にトレーニングマシンを設置し，職員と地域に開放している	○	○
		・サークル，同好会活動への費用補助を行っている		○
		・保健所，自治体，学校等と連携し，各種健康教室を開催している		○
		・医師会，歯科医師会，医療介護施設等と連携し，健康イベントを開催している		○
		・自治体等と連携し，認知症カフェおよび認知症サポーター養成を行っている		○
基準 5：より広い社会におけるヘルスプロモーション 5-1. 住民の健康ニーズ（公衆衛生組織との連携など） 5-2. 地域社会の健康に取り組む（地域組織との連携・アウトリーチ活動など） 5-3. 環境衛生（環境に配慮したサービスの提供） 5-4. 情報，研究，能力の共有	5-1	・地域包括支援センターと連携し，地域の医療介護施設が集う地域連携の会を開催		○
		・自施設での新型コロナワクチン接種の実施，集団接種会場への出張をしている		○
		・健診の受入れや，市町村がん検診の実施および受診勧奨をしている		○
		・地域ケア会議，地域医療構想会議へ積極的に参加している		○
		・地域の商業施設，プロスポーツチーム等と連携した健康イベントを開催している		○
		・地域の商店，老人会等と連携して認知症カフェを開催している		○
		・サロンや老人会等を訪問し，フレイル予防教室とサポーター養成を行っている		○
		・地域の病児，病後児保育を受入れている		○
		・園医，校医を受入れ，関連事業に参加している		○
		・地域ボランティアを受け入れる際に，衛生，患者対応等の教育を実施している		○
		・施設の温泉・プール・運動機器等を地域住民にも開放している		○
		・患者利便性と環境配慮から，バスの巡回時間に合わせて診療時間を調整している	○	○
基準 5：より広い社会におけるヘルスプロモーション 5-1. 住民の健康ニーズ（公衆衛生組織との連携など） 5-2. 地域社会の健康に取り組む（地域組織との連携・アウトリーチ活動など） 5-3. 環境衛生（環境に配慮したサービスの提供） 5-4. 情報，研究，能力の共有	5-3	・利用者満足と環境配慮から，地域の食材を取り入れた行事食を提供している	○	○
		・地域医療の質向上に資する研究活動，学会発表等の費用補助をしている	○	○
基準 5：より広い社会におけるヘルスプロモーション 5-1. 住民の健康ニーズ（公衆衛生組織との連携など） 5-2. 地域社会の健康に取り組む（地域組織との連携・アウトリーチ活動など） 5-3. 環境衛生（環境に配慮したサービスの提供） 5-4. 情報，研究，能力の共有	5-4	・地域医療の質向上に資する研究活動，学会発表等の費用補助をしている	○	○
		・協会内多施設の医療者がネットワークを組んで地域医療の推進と質向上に向けた研究活動を行っている	○	○

¹⁾ 患者：老健の利用者を含む ²⁾ ACP = Advance Care Planning

表6 活動を拡充する際の促進要因・阻害要因

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的な記載例 (1施設複数記載あり)	施設の種類 (回答施設数/全施設数)			
			病院 (19/25)	診療所 (33/48)	老健 (15/18)	
			記載した施設数 (全回答施設中の割合)			
促進要因	体制づくり	内部の体制	「管理者からの発信」「委員会等、推進組織の設置」「文化の形成」「職員の理解が得られる体制づくり」	7 (36.8)	1 (3.0)	1 (6.6)
		外部からの支援体制	「企画等をしてくれる外部組織の支援」「外部からの講師派遣」「活動の相談窓口があること」	2 (10.5)	3 (9.1)	2 (13.3)
	人的支援・人材育成	人の派遣	「専属スタッフの配置」「外部からの人的支援」「活動を推進する担当者の派遣」	4 (21.1)	4 (12.1)	3 (20.0)
		指導者の派遣	「活動を行う人材の育成にかかる指導者の派遣」「活動の意義を理解するためのセミナー開催や講師派遣」	2 (10.5)	0 (0.0)	3 (20.0)
	経済的支援		「金銭的支援」「活動資金の援助」「各種助成金」「活動に対する報酬・経済的インセンティブ」	5 (26.3)	5 (15.2)	4 (26.6)
	ノウハウ・教材・資料の提供		「テーマの収集や教材や資料の提供」「企画・実践のためのアドバイスやマニュアルなどノウハウの提供」	1 (5.2)	14 (42.4)	5 (33.3)
	行政との連携		「自治体からの支援・協力」「イベントや住民調査等に向けた行政の協力」「政策に沿った活動の提案」	2 (10.5)	8 (24.2)	1 (6.6)
	その他		「活動に収益性があること」「活動が評価されること」「成功例の共有」「産業保健や地域保健との連携」	2 (10.5)	4 (12.1)	0 (0.0)
	業務負担の増大	人員不足	「人の確保が難しい」「担当者を配置できない」「中心となる人材がいない」	6 (31.6)	5 (15.2)	8 (53.3)
		業務量増加	「通常業務との両立は難しい」「超過勤務が発生する」「経費削減と相反する」「活動時間の確保が難しい」	6 (31.6)	18 (54.5)	3 (20.0)
阻害要因	新型コロナウイルス		「コロナ禍による集客の制限」「感染拡大防止の観点から対面活動が制限される」	5 (26.3)	1 (3.0)	2 (20.0)
要因	ノウハウ不足		「魅力ある企画が立てられない」「企画・広報・集客をどうするか」「テーマ設定や内容の吟味が難しい」	4 (21.1)	5 (15.2)	1 (6.6)
	ヘルスプロモーションに対する理解不足		「ヘルスプロモーションの概念が理解されにくい」「活動の意義が理解されにくい」「意識統一が難しい」	0 (0.0)	4 (12.1)	1 (6.6)
	評価体制の無さ		「活動をどのように評価するかが不確定」「評価指標・共通認識が無い」「活動が評価されにくい」	2 (10.5)	2 (6.1)	1 (6.6)

太字：施設の種類ごとの最多項目

IV 考 察

1. 施設の種類による活動内容および意欲の違い

全施設すでに活動を実施し、その内容はWHOが示すHPH基準のうち「成果のモニタリングと評価」以外のすべての基準と合致していることが確認できた。患者・利用者を対象とした活動内容は、病院では「入退院相談」、診療所では「教材作成・提供」、老健では「リハビリテーションの充実」が多く、職員対象としては、病院では「メンタルヘルス」「保育支援」が、診療所と老健では「法定外健診・予防接種の補助」「健康教育・情報提供」が上位に挙げられるなど、施設の機能や職員のニーズに

合った活動が行われていると考えられた。地域対象の活動は、施設の種類を問わず「講演・健康教育・健康イベントの開催（自治体からの依頼も含む）」「自治体との連携」が上位となり、当法人が主に自治体からの指定管理委託を受けて施設運営をしている特徴や、それにより自治体との関係性を築きやすい環境にあることを反映していると考えられた。

意欲は施設の種類間に差は無かったが、意欲の規定要素としての「重要性」は、診療所と老健において病院よりやや高い結果となった。診療所と老健は患者・利用者や地域との心理的距離が近いことや、在宅復帰・在宅療養支援等の役割からその重要性を認識しやすいと考えられた。

診療所は病院・老健と比して対象別の活動実施施設割合が低く、職員数が活動数に影響していることが示された。診療所は、正規職員数1~21人の施設が79%を占める。人的不足が活動数に影響するのは当然と考えられる一方で、ヒアリング調査では「地域活動に参加するのは日常的で『ヘルスプロモーション活動』という感覚は無い」等の発言が得られたことから、診療所においては活動がより日常的かつ自然に行われているため調査の回答として申告されず、過小評価となった可能性も考えられた。

2. 施設の種類による促進・阻害要因の違いと必要な支援と方策

1) 促進要因から見た必要な支援

活動の促進要因として、病院では「内部の体制づくり」が、診療所と老健では「ノウハウ・教材・資材の提供」が最も多く挙げられた。海外の先行研究でもHPH活動の促進要因として「トップの号令」「委員会の設置」「文化醸成」「人材育成」等の組織体制整備を挙げている報告は多い^{4,12)}。また、外部要因として「外部組織の支援」や「地域資源との連携」を挙げている点も¹²⁾本結果と共通している。「ノウハウ・教材・資材の提供」も外部組織の支援例と考えられることから、外部との連携を含む組織体制整備とその方法論の提供が活動推進に大きく寄与すると考えられる。

当法人内で活動を先進的に行っている2つの病院においても、活動を組織の運営方針の一つに定め、委員会の設置、プロジェクトチームの編成、人材育成など内部の体制整備を行うとともに、民間を含めた外部組織との連携体制も整えている^{13,14)}。これらの成功事例の共有も支援の一つとなるであろう。

2) 阻害要因から見た必要な方策

阻害要因としては、施設の種別を問わず「業務負担の増加」が最も多く挙げられた。「業務負担の増加」には「人員不足」と「業務量の増加」という二つの側面があり、いずれの解決にも人件費の増加や超過勤務の発生という財務的負担が伴う。

公益社団法人は公益事業を主たる目的とするものの、法人全体で収益を確保し収支相償のバランスを図りながら事業展開することが基本である。そのため、当法人が公益認定を受けている「へき地」に主眼を置いた地域医療の確保・継続のためには、市場原理に基づく医業経営が困難なこれらの地域においても全国一律の診療報酬や介護報酬を基礎財源として、地域特性に応じた補助金等も活用しながら収益を確保することが求められている。このような法人運営のなかで、前述した診療・介護報酬や助成金等の事業対象になりにくいヘルスプロモーション活

動を医療施設が主体的に展開していくためには、それにより発生する財務的負担を軽減する活動の収益性が必要であると考ええる。

梅屋らは、ヘルスプロモーション活動が財務的貢献を果たすための手段として、1. 自治体と連携して健康指標の改善に対して報酬を得る、2. 活動自体が収益性を持ち診療報酬外の収益に貢献する、3. 保健事業の受託、等を挙げている¹³⁾。いずれも一朝一夕に実現するものではないが、本調査においても促進要因として「活動に収益性があること」が挙げられており、活動を持続可能な形で普及させるためには活動の収益性が不可欠であると考えられた。

3. 調査結果を踏まえた具体的な活動推進方策：評価指標・評価体制の構築

本調査で得られた活動の多くは日常業務の中で当たり前に行われている場合が多く、それ故に評価されにくい側面もあると推察する。阻害要因として「評価体制の無さ」が挙げられたこともその証左となる。

梅屋らは、同著¹³⁾の中で活動を定量的に評価できる指標の必要性も示している。地域の健康指標の改善や医療費の削減といった長期的アウトカム指標と併せて、短期評価が可能な指標を開発・測定し長期的アウトカムに結びつける必要があるとしている¹³⁾。これは、本調査において課題としてあぶり出されたHPH基準の1-3「成果の系統的モニタリングと評価」とも一致する。共通の指標を系統的にモニタリングすることで成果が可視化できれば、活動の意義が明確になり評価体制の構築につながる。活動に収益性を持たせることができれば、その妥当性の検証にもつながる。指標の開発と成果の測定、評価体制の構築は今後の課題である。具体的には、地域の健康指標などの長期的アウトカムは自治体や保健所と連携してモニタリングし、その向上に対して自治体からインセンティブが得られる仕組みを構築したり、その前段階となるワクチン接種率や啓発事業利用率等の短期指標は、施設内あるいは当法人として評価する体制を整備したりすることが考えられる。経済的報酬だけでなく、表彰や昇格などのインセンティブを用いた評価体制の検討も必要であろう。

4. 本研究の強みと弱み

本研究の強みは、全国規模で医療・介護を展開している公益法人のヘルスプロモーション活動を調査し、活動内容だけでなく拡充の意欲や促進・阻害要因をも把握した初めての調査と言える点である。限界は調査が単一の公益法人に限られるという点であ

るが、他の公益法人は地域が限定されることが多い一方で、当法人が運営する施設は北海道から離島を含む沖縄までにわたり、多様な地域性を反映していることから他の公益法人の実態を包含していると考えられる。

V 結 語

公益社団法人地域医療振興協会が運営する医療・介護施設は、施設の種別を問わず、その機能や職員のニーズに合った様々なヘルスプロモーション活動を実施し、活動の拡充にも意欲的であった。活動内容はWHOが示すHPH基準をほぼ満たしていたが、成果のモニタリングと評価に改善の余地が見られた。活動推進のためには組織の体制整備、活動に収益性があることが必要であり、評価指標の開発と成果の測定、評価体制の構築が今後の課題として示された。

医療・介護施設のヘルスプロモーション活動は、地域医療の質向上と地域包括ケアシステムの構築を促進すると期待され、本資料はそれに向けた知見の1つとして貢献できると考える。

執筆にあたり多くのご助言をいただきました、あま市民病院管理者の梅屋崇先生をはじめ、調査にご協力いただきました関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

筆者らに開示すべきCOI状態は無い。

(受付 2024. 6.20)
(採用 2024.10.15)
(J-STAGE 早期公開 2024.12.26)

文 献

- 1) 厚生労働省. 地域包括ケア. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2024年9月4日アクセス可能).
- 2) International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services. 2020 Standard for Health Promoting Hospitals & Health Services. 2020. <https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/12/2020-HPH-Standards.pdf> (2024年9月4日アクセス可能).
- 3) Yaghoubi M, Karamali M, Bahadori M. Effective factors in implementation and development of health promoting hospitals: a systematic review. *Health Promot Int* 2018; 34: 1–13.
- 4) Röthlin F, Schmied H, Dietscher C. Health promotion implementation capacities in hospitals matter: results from the PRICES-HPH study. *Health Promot Int* 2017; 32: 442–455.
- 5) 日本 HPH ネットワーク. <https://www.hphnet.jp/about/greeting.html> (2024年9月4日アクセス可能).
- 6) 川畑輝子. 病院におけるヘルスプロモーション活動に関する調査結果報告. *月刊地域医学* 2023; 37: 96–98.
- 7) International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services November 2021. 2022. https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2022/01/HPH_Brochure_2021-November.pdf (2024年9月4日アクセス可能).
- 8) 地域医療振興協会. 病院におけるヘルスプロモーション活動に関する調査. 2024. <https://www.jadecom.or.jp/upload/2024/06/04/HPHquestionnaire.pdf> (2024年9月4日アクセス可能).
- 9) 本田雄大, 佐々木典子, 中山健夫, 他. HPH 調査研究プロジェクトチーム. Health Promoting Hospitals—医療機関等におけるヘルスプロモーション活動の実態調査報告. *日本医療・病院管理学会誌* 2022; 59(Suppl): S173.
- 10) Keller V F, White M K. Choices and changes: a new model for influencing patient health behavior. *J Clin Outcomes Manag* 1997; 4: 33–36.
- 11) ウヴェ・フリック. 質的研究入門: <人間の科学>のための方法論. 東京: 春秋社. 2004; 3–348.
- 12) Lee BC, Chen SM, Powell M, et al. Achieving organizational change: findings from a case study of health promoting hospitals in Taiwan. *Health Promot Int* 2012; 29: 296–305.
- 13) 梅屋崇, 西原敏順, 大橋大輔, 他. 地域ヘルスプロモーション病院の意義と実際. *月刊地域医学* 2024; 38: 367–372.
- 14) 楠本直紀. 地域ヘルスプロモーション病院を目指して. *月刊地域医学* 2019; 33: 298–302.

Health-promoting activities and facilitating/inhibiting factors in hospitals, clinics, and nursing care facilities: Public interest corporation survey results

Teruko KAWABATA*, Hidenori UDA*, Masakazu NAKAMURA*,
Takashi YAMADA*, Noriko SASAKI^{2*} and Yuichi IMANAKA^{2*,3*}

Key words : community medicine, health promotion, medical and nursing care services, HPH, The Community-based Integrated Care System

Objective Medical and nursing care services within community-based integrated care systems are vital in community health. This study aimed to assess the current status of health-promoting activities across hospitals, clinics, and nursing homes operated by the Japan Association for Development of Community Medicine and explore differences depending on the type of facility and strategies for expanding these activities.

Methods Between April 2022 and September 2023, we conducted web-based surveys, followed by telephone and email interviews. The survey covered three main areas; health-promoting activities for patients/users, the community, and staff (options), willingness to expand activities (10-point scale), and facilitating and inhibiting factors (open-ended responses). Responses were analyzed according to facility type, and activities were categorized according to the 2020 Standards for Health-Promoting Hospitals and Health Services (The 2020 HPH Standards).

Results The response rate was 100%. Activities were implemented across all facilities. The percentages of facilities that implemented activities in hospitals, clinics, and nursing homes were as follows; patients/users (96.0, 84.5, 94.4, $P = 0.011$), community (96.0, 83.3, 100.0, $P < 0.001$), and staff (100.0, 72.9, 94.4, $P < 0.001$). The implementation rates were significantly lower in clinics than in hospitals and nursing homes. The mean number of activities in small clinics with < 50 staff (S) was significantly lower than that in large clinics with > 50 staff (L) for patients/users (S, L, difference) (4.1, 6.2, $P = 0.034$), community (4.9, 9.1, $P < 0.001$), and staff (1.6, 3.8, $P < 0.001$). Willingness did not vary by facility type (median of 7.0); however, conviction, as a determinant of willingness, was slightly higher in clinics and nursing homes than in hospitals (hospital = 7.0, clinics and nursing homes = 8.0). The most common facilitating factor for hospitals was “development of organizational structure,” such as the establishment of a promotion committee, whereas for clinics and nursing homes, it was the “provision of educational materials and know-how.” The most common inhibiting factor was “increasing workload.” These activities aligned with almost all 2020 HPH standards; however, the evaluation system needed improvement.

Conclusion All facilities are implementing health-promoting activities according to the 2020 HPH standards and have expressed eagerness to expand their activities. Developing organizational structures, ensuring the profitability of activities, developing evaluation indicators for measuring results, and establishing an evaluation system are crucial for expansion.

* Japan Association for Development of Community Medicine

^{2*} Department of Healthcare Economics and Quality Management, School of Public Health, Graduate School of Medicine, Kyoto University

^{3*} Department of Health Security System, Centre for Health Security, Graduate School of Medicine, Kyoto University