



International Network of
Health Promoting Hospitals
& Health Services

HPH (ヘルスプロモーションを推進する病院・ヘルスサービス)

2020年基準実施のための 自己評価ツール

**Self-Assessment Tool for implementing the
2020 Standards for Health Promoting Hospitals
and Health Services** (日本語版)



The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services

The International HPH Secretariat is based out of the office of OptiMedis AG:



Burchardstrasse 17
20095 Hamburg
Germany

Phone: +49 40 22621149-0
Fax: +49 40 22621149-14
Email: info@hphnet.org

© The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services 2021

The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services welcomes requests for permission to translate or reproduce this document in part or full. Please seek formal permission from the International HPH Secretariat.

Recommended citation: International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. Self-Assessment Tool for implementing the 2020 Standards for Health Promoting Hospitals and Health Services, Version 1.1. Hamburg, Germany: International HPH Network; November 2021.

謝辞

本書に示す「測定可能な要素(measurable elements)」の開発には、11のHPHネットワークのコーディネーター、ガバナンス・ボードメンバー、タスクフォース／ワーキンググループのリーダーから貴重な貢献をいただきました。

専門知識と経験を共有いただいた以下の専門家およびHPHネットワークに感謝します：

Dr. Cristina Aguzzoli(イタリア・Friuli Venezia Giulia HPH Network)、
Dr. Mohamad Ali Seif-Rabiee MD(イラン)、Dr. Francois Alla(フランス)、
Czech HPH Network、Dr. Susan Frampton(米国)、
Dipl. Med Olaf HaberechtおよびMarit Derenthal(German HPH Network)、
Prof. Margareta Kristensonおよび
Dr. Ralph Harlid MD PhD(Swedish HPH Network)、
Dr. Ming-Nan Lin(Taiwanese HPH Network)、Birgit Metzlerおよび
Prof. Jürgen Pelikan(Austrian HPH Network)、
Dr. Ilaria Simonelli(イタリア・Trentino HPH Network)、
Prof. Dr. hab. n. med Bożena Walewska-Zielecka(Polish HPH Network)。

また、基準の「測定可能な要素」の作成・改訂に専門的助言を提供いただいたDr. Janika Bloemeke、Nina-Sofie Krah、Maria Muenzel、Paula Zietzsch(OptiMedis)に感謝します。HPH 2020年基準の「測定可能な要素」を定義するための協議プロセスと本書の作成は、国際HPH事務局のDr. Oliver GroeneとKeriin Katsarosが主導しました。



目次

自己評価ツールの目的.....	1
健康を重視する方向性(health orientation)と健康アウトカムへの焦点.....	2
自己評価ツールの開発プロセス	3
自己評価ツールはどのように活用できるか	4
自己評価ツールの構成	8
基準1:HPHへの組織的コミットメントを示す	9
基準2:サービスへのアクセスを保障する	15
基準3:人を中心とした医療と利用者参加を強化する	20
基準4:健康的な職場と健康を支える環境をつくる	32
基準5:より広い社会で健康を推進する	37
参考文献	45

自己評価ツールの目的

本書は、2020年HPH基準を実際に評価・実施できる形に具体化した自己評価フォームであり、実施状況进行评估するための具体的な「測定可能な要素」を示しています。

本書の主な目的は、病院・ヘルスサービスが次のことに取り組むためのツールを提供することです。

- › ヘルスプロモーションの実施状況进行评估し、実践につなげる。
- › 組織内部の継続的な改善プロセスを促進する。
- › 保健医療システム全体が直面する課題により適切に対応できるよう組織戦略の重点を見直し、組織そのものを真に「健康を生み出す場(health promoting setting)」へと転換する。

特に国際HPHネットワークの加盟組織には、本自己評価ツールの活用を強く推奨します。また、これらの基準は公開されているものであるため、質改善機関や認証機関が、既存の基準の中にHPH基準を組み込むことも推奨します。



健康を重視する方向性(health orientation)と健康アウトカムへの焦点

「HPHは、患者、職員、サービス対象集団の健康上の成果(health gains)を最大化し、持続可能な社会を支えるために、ガバナンスのあり方、組織構造、業務プロセス、組織文化を方向づける。」(1)

国際HPHネットワークは、WHOのオタワ憲章が示したヘルスプロモーションの行動領域の一つである「ヘルスサービスの方向転換(reorienting health services)」に応えるものとして、ヘルスプロモーションの「セッティング・アプローチ」を基盤に設立されました(2)。WHOは、この考え方の実践を支援する国・地域ネットワークの国際的なネットワークを立ち上げ、世界的な取り組みを促しました(3)。

HPHの「組織・システム全体を対象とするアプローチ(whole-of-system approach)」は、患者・利用者の権利、プライマリ・ヘルス・ケア、質改善、環境的に持続可能な(「グリーン」)医療、ヘルスリテラシーに配慮した組織など、複数の医療改革の流れを結びつけてきました。

HPHの組織開発戦略は、ガバナンス、方針、職員の能力、組織構造、組織文化、関係性を、患者、職員、地域社会やその他の場にいる人々の健康向上につながる方向へと転換するものです。2021年時点で、国際HPHネットワークには33か国、600を超える病院・ヘルスサービス機関が参加しています(図1)。

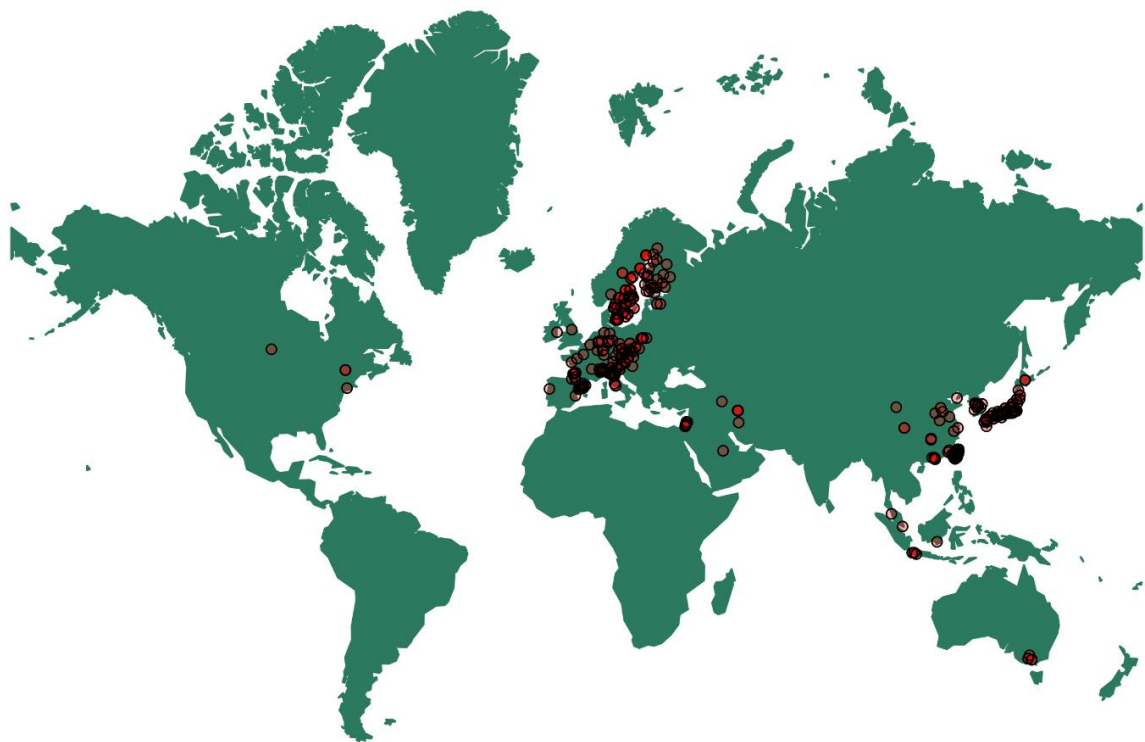


図1:HPH加盟組織の所在地

自己評価ツールの開発プロセス

WHOが2006年に作成した『病院におけるヘルスプロモーション実施のためのマニュアルと自己評価様式』は、ISQuaのALPHAプログラムが提案する手順、すなわち、利用可能な文献・エビデンスの批判的吟味、基準案の作成と試行、実施という過程に沿って開発されました(4, 5)。その後、HPHの各タスクフォースやワーキンググループが領域別基準を開発する際にも、同様のプロセスが用いられました。

HPH総会は、HPHの理念と加盟組織が目指す方向性を幅広く反映する包括的な基準群として、すべての基準を統合することを求めました。この作業は、Dr.Chiarenzaが行った分析を基礎としています。この分析では、HPHのタスクフォース／ワーキンググループが作成した7つの基準群について、重要領域の共通点と相違点を包括的に整理しました。その結果、最初のUmbrella Standards(包括的基準)のために、7つの領域とそれぞれのサブ領域が特定されました(6)。

2020年初めには、国際HPH事務局が主導するワーキンググループが設置され、この分析をさらに発展させるため、2段階のDelphi調査が実施されました。Delphi調査では、RUMBA原則に照らして基準を評価しました。RUMBAとは、Relevant(関連性がある)、Understandable(理解しやすい)、Measurable(測定可能)、Behavioral(行動として示せる)、Actionable(実行可能)の頭文字です。

第1段階では、包括的基準、定義、サブ基準について、理解しやすさ、範囲、重要性を評価し、表現の明確さと優先度を採点しました。HPHガバナンス・ボード、Standing Observers、国・地域ネットワークのコーディネーター、HPHタスクフォース／ワーキンググループのリーダーからなる専門家パネルが参加しました。

第2段階では、定義された各領域とサブ基準に含まれるすべての基準を、明確さと優先度の観点から再評価しました。両段階では量的評価に加えて自由記述の意見も収集し、基準の構成、整合、表現の改善に用いました。ワーキンググループは専門家パネルからの量的・質的な意見を検討・統合し、その結果、2020年HPH基準がHPH総会に提示され、承認されました。

本書の「測定可能な要素」を定める作業では、同じ専門家パネルに、各基準・サブ基準について測定可能な要素の案を提案してもらいました。HPH事務局とドイツHPHネットワークのメンバーからなるワーキンググループが、11のHPHネットワークから寄せられた回答を、以下の観点から整理・統合しました。

- › 実施できているか、できていないかを直接観察して判断できること
- › 新たな調査を必要とするよりも、既存の文書・記録を用いて確認できることが望ましいこと
- › さまざまな組織・地域の状況において論理的で、幅広く適用できること
- › 基準の実施状況を測定・観察・確認できる事実、文書、その他の情報源に焦点を当てること

この検討を経て「測定可能な要素」の初期案を作成し、専門家パネルに再度提示して評価を受けました。最終段階では、内部ワーキンググループがその意見を反映しました。HPH基準の実施状況を評価してきた経験を反映した最終的な「測定可能な要素」が、本ツールに収載されています。

自己評価ツールはどのように活用できるか

質を評価する方法は、大きく内部評価と外部評価に分けられます。

- › 内部評価：専門的判断、または基準に基づいて組織自身が行う自己評価。
- › 外部評価：外部の専門家による審査や認証。

自己評価とは、医療機関が、設定された基準に照らして自らの実施状況を評価し、継続的改善のための対策を実施するプロセスです。このプロセスにより、管理者は良好な実践が行われている領域と改善が必要な領域を把握できます。そのうえで、必要な対策に優先順位をつけて計画したり、良好な実践を院内・組織内の他部門へ広げたりすることができます。

認証も通常は自己評価を基礎としますが、その後に外部の専門家による評価が行われます。外部評価では、改善すべき優先領域を明らかにするなど、病院全体の質が評価され、所定の水準に達していれば正式に認証されます。

自己評価と認証のプロセスから得られる重要な教訓は二つあります。質改善には、「実施状況を示すデータ」と「改善を進める組織文化」の両方が必要だということです。

基準に基づいて測定した実施状況のデータがなければ、質改善をどの方向に進めるべきかを明確に示すことはできません。また、参加と支援を大切にする組織文化がなければ、医療の質に関するデータがあっても、質改善の提案を実行に移すことはできません。したがって自己評価は、医療機関が継続的な質改善の仕組みを育てていくことを、促し、学びを支援するための方法です。

責任と役割を明確にする

ヘルスプロモーションは、病院・ヘルスサービス内の特定の役職や部署だけに任せることはできません。すべての職員が関わるべき課題です。自己評価プロジェクトには、役割と責任を明確にしたチームを設置する必要があります。

- ▶ 経営・管理層：この取り組みを成功させるには、最高責任者、意思決定機関、上級管理者が明確に関与し、行動計画の実施と必要な資源の確保を保障することが不可欠です。
- ▶ プロジェクト責任者：自己評価プロセスを主導し、他の職員が自己評価を実施できるよう研修・支援する責任者を任命します。
- ▶ 各基準の担当責任者：基準・サブ基準への適合状況を評価し、その判断を裏付ける根拠資料を収集します。

多職種運営グループ：プロジェクト責任者は、さまざまな職位・職種を代表する多職種の運営グループを設置します。グループは定期的に会合を開き、自己評価の進捗を確認し、職種を越えて意見を出し合い、組織全体が主体的に取り組めるようにします。構成員としては、質管理・臨床監査を担当する場合もある上級看護職、上級・若手医師、上級管理職、人事担当者、リハビリテーション職などの関連医療専門職、放射線部門などの診療支援部門、その他の非臨床部門の職員などが想定されます。

データを収集する

データ収集と基準の評価には、組織内のさまざまな階層・職種の職員が参加することが重要です。一人の担当者だけで自己評価を完成させても意義は限られます。関係職員が参加しなければ、自己評価を自分たちの課題として受け止め、そこから学ぶ機会も失われる可能性があります。

基準の評価には、主に次の3つのデータ源を利用できます。

- ▶ 日常的な情報システム：通常の情報システムに、ヘルスプロモーション基準の一部を評価できる情報が含まれている場合があります。利用可能な日常データがあれば、データ収集の負担を減らすため、自己評価に活用します。ただし、既存データベースの情報だけでは、ヘルスプロモーションを評価するには具体性が十分でない場合があります。
- ▶ 調査：一部の測定可能な要素については調査が必要です。患者や職員の経験に関するアンケートなどが該当します。
- ▶ 監査：一部の測定可能な要素では、患者記録の監査が必要です。一般的な方法として、退院患者の記録50例を無作為に抽出して評価することを推奨します。監査は、その部門の記録方法をよく理解している多職種の専門職グループで行います。ここでいう「患者記録」には、診療録、看護記録、療法士や管理栄養士等の記録など、評価時に考慮すべきさまざまな記録が含まれます。

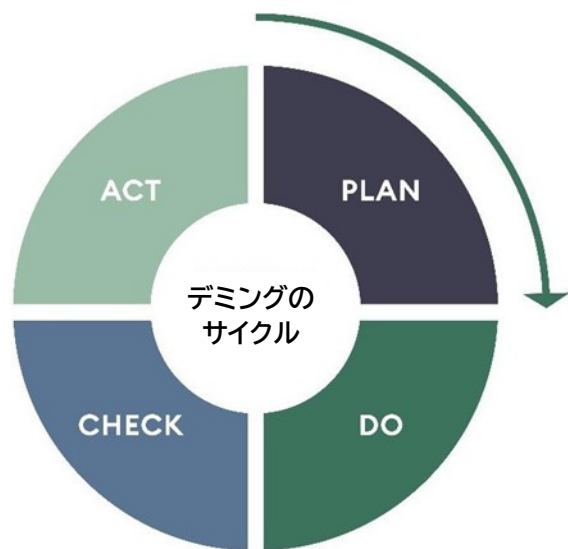
結果を解釈する

比較する基準がなければ、評価結果を解釈することは困難です。比較には次のような方法があります。

- ▶ 組織内での経時比較(質改善の取り組み前後の評価を比較する)
- ▶ 類似する医療提供者(同種・同規模の組織など)との、ある時点または経時的な外部比較
- ▶ あらかじめ定められた基準・目標(地域保健計画で設定された目標など)

質改善計画を作成する

Plan-Do-Check-Act(PDCA)サイクルに沿って進めることが推奨されます。PDCAサイクルは1930年代にWalter Shewhartが考案し、その後W. Edwards Demingが発展させました(7, 8)。PDCAは、システムの中でプロセスを改善するための枠組みです。改善プロジェクト全体を進める際にも、改善対象を特定した後に個別プロジェクトを進める際にも利用できます。PDCAは動的なモデルであり(図2)、一つのサイクルの終了が次のサイクルの開始につながります。



Plan(計画):改善を目的とする活動、プロジェクト、手順を計画します。何を改善する必要があるかを分析し、変化・改善の可能性がある領域を特定し、どこで最も大きな効果が期待できるかを判断します。

Do(実行): Plan で決めた変更を実施します。可能であれば、まず小規模に試行してから実施します。

Check(評価):結果を確認し、成功した点・うまくいかなかった点を分析します。PDCA の重要な段階です。変更を実施した後、その影響を評価し、意図した改善が実現したかを確認します。

Act (改善・定着): 変更を採用して定着させる、取りやめる、または再び PDCA サイクルを回します。

図 2: Plan-Do-Check-Act(PDCA)サイクル

本ツールの各セクションには、質改善のための行動とその担当者を記録する欄があります。記録には、実施時期と期待される結果も含めます。

プロジェクト責任者と運営グループは、可能な限り正確かつ実態に即してデータを記録します。自己評価が完了すると、良好な実践が行われている領域と改善が必要な領域を把握できます。その結果をもとに行動計画を作成します。計画を立てる際には、地域・国の優先課題や目標、組織が利用できる資源を考慮することが重要です。また、進捗を継続的に確認できるよう、行動計画を既存のマネジメントシステムに組み込みます。

質改善の可能性を特定し、活動を計画・実施した後は、継続的な質改善につなげるため、再度自己評価を行います。一つのPDCAサイクルが完了するごとに、次の、より発展的な改善課題に取り組み、サービスを継続的に改善していきます。

自己評価ツールの構成

現行版の基準は、5つの基準、18のサブ基準、85の基準文(standard statements)で構成されています。「測定可能な要素」は、以下のような構造で示されています(図3)。

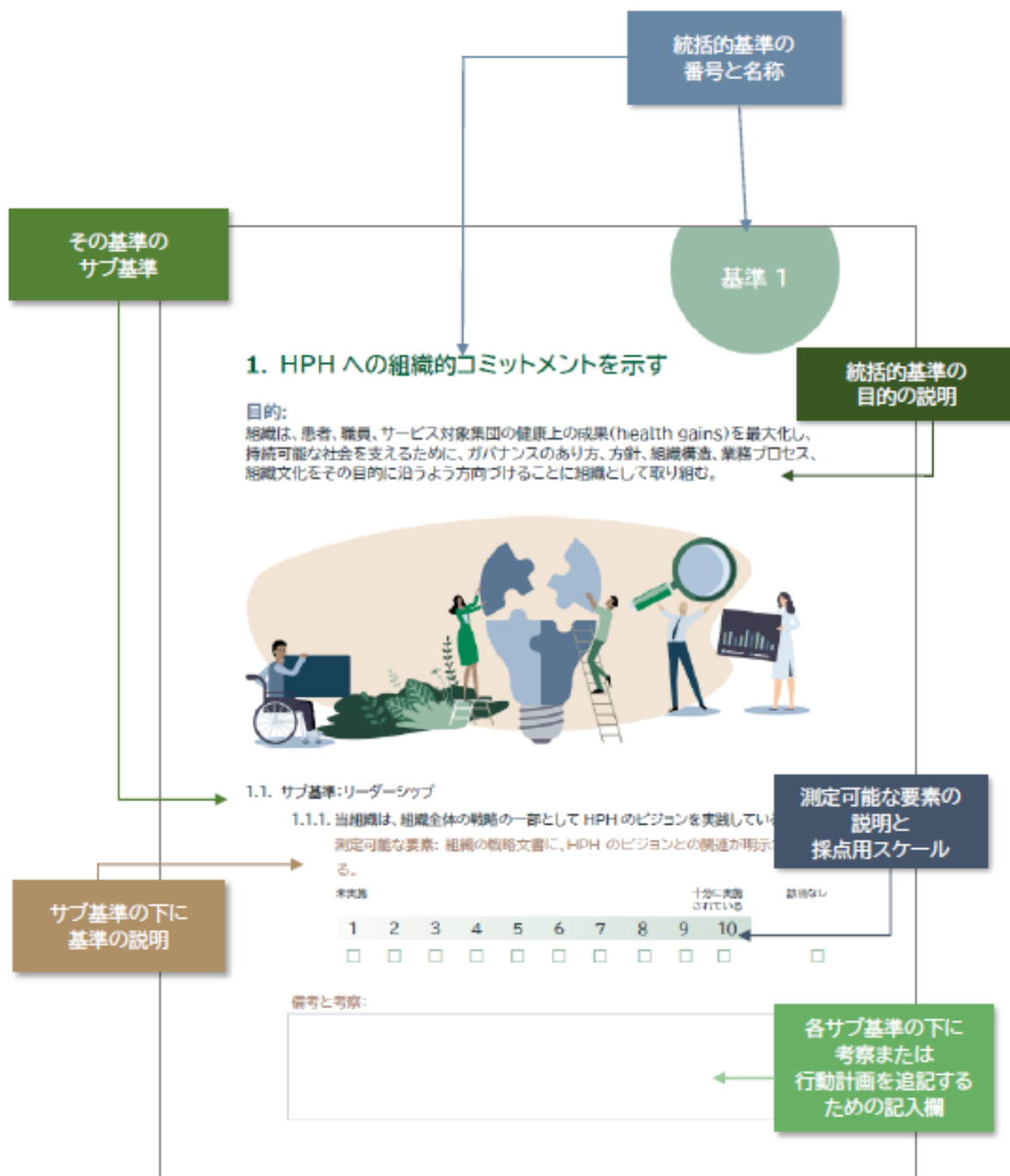


図3: 自己評価ツールの構成

1. HPHへの組織的コミットメントを示す

目的:

組織は、患者、職員、サービス対象集団の健康上の成果（health gains）を最大化し、持続可能な社会を支えるために、ガバナンスのあり方、方針、組織構造、業務プロセス、組織文化をその目的に沿うよう方向づけることに組織として取り組む。



1.1. サブ基準：リーダーシップ

1.1.1. 当組織は、組織全体の戦略の一部としてHPHのビジョンを実践している。

測定可能な要素： 組織の戦略文書に、HPHのビジョンとの関連が明示されている。

未実施		十分に実施されている								該当なし	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

- 1.1.2. 当組織のリーダーシップチームの行動は、HPHのビジョンの目標を反映している。
測定可能な要素：年度の事業計画・行動計画に、HPHのビジョンの目標が反映されている。

未実施									十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 1.1.3. 当組織は、健康を重視する方向性（health orientation）と継続的な改善を大切にする組織文化を育んでいる。

測定可能な要素：組織のビジョン、ミッション、価値観を示す文書に、健康を重視する方向性（health orientation）と改善へのコミットメントが示されている。

未実施									十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 1.1.4. 当組織は、HPHのビジョンを実施する責任者と、各サブ領域の担当責任者を任命し、理事会等に年次進捗報告を行っている。

測定可能な要素：責任者・担当責任者が任命され、職務記述書に年次進捗報告の作成とHPHの具体的活動が含まれている。

未実施									十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 1.1.5. 当組織の意思決定機関は、HPHのビジョンの実施状況をレビューしている。
測定可能な要素：HPHの責任者・担当責任者が任命され、年次進捗報告と具体的なHPH活動が職務として明記されている。

未実施									十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.1.6. 当組織の新入職員研修には、HPHのビジョンが含まれている。

測定可能な要素：直近3回の理事会等の議題・議事録に、HPHのビジョンの実施状況のレビューが記録されている。

未実施								十分に実施されている		該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.1.7. 当組織の人事評価および継続的能力開発の仕組みは、HPHのビジョンを取り上げている。

測定可能な要素：新入職員向け資料（ウェルカムパッケージ、説明資料、研修ガイド等）にHPHが含まれている。

未実施								十分に実施されている		該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

備考と考察：

1.2. サブ基準：方針

1.2.1. 当組織が掲げる目的とミッションは、HPHのビジョンと整合している。

測定可能な要素：ミッションと目的を示す文書が、病院／ヘルスサービスを、健康上の成果（health gains）を最大化する方向へ転換することを支持している（例：HPHロゴの掲示、組織ホームページからHPHウェブサイトへのリンク）。

未実施								十分に実施されている		該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.2.2. 目的とミッションが明確に文書化され、組織ウェブサイト、ポスター、リーフレット等で広く閲覧できる。

測定可能な要素：目的とミッションが明確に文書化され、組織ウェブサイト、ポスター、リーフレット等で広く閲覧できる。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

1.2.3. 当組織は、HPHのビジョンを実施するために必要な資源、場所、設備などの基盤を確保している。

測定可能な要素：HPH活動の実施に予算が確保され、現場観察でも必要な資源、人員、場所、設備が確認できる。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

備考と考察：

1.3. サブ基準：モニタリング、実施、評価

- 1.3.1. 当組織は、サービスの計画・評価の基礎として、対象集団の健康ニーズと健康の決定要因を系統的に把握している。

測定可能な要素：対象集団の健康要因に関する組織的な報告・分析があり、それを計画・評価に活用した例を示せる。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 1.3.2. 当組織の情報システムには、HPHのビジョンの実施状況进行评估するために必要な指標が組み込まれている。

測定可能な要素：情報システムでHPH指標に関するデータを収集でき、算出可能な指標の一覧がある。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 1.3.3. 健康アウトカム改善のための手順や介入は、定期的に評価されている。

測定可能な要素：最近の健康アウトカム報告から、定期的な評価が行われていることを確認できる。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

備考と考察：



2. サービスへのアクセスを保障する

目的:

組織は、施設・サービスの利用可能性、アクセスのしやすさ、受け入れられやすさを保障するための対策を実施する。



2.1. サブ基準：利用する権利とサービスの利用可能性

- 2.1.1. 当組織は、資格要件を満たさないことや、保険・経済的資源の不足によって人権が損なわれるおそれのある人を評価し、支援する手順を整備している。

測定可能な要素：評価・支援の手順を示すことができ、関係職員がその活用について研修を受けている。

未実施										十分に実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 2.1.2. 当組織は、すべての患者に患者の権利と当組織のヘルスプロモーション方針を知らせている。

測定可能な要素：患者の権利に関する文書が容易に入手でき、地域で主要な言語と複数の媒体で提供されている。

未実施										十分に実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

備考と考察：

2.2. サブ基準：情報とアクセス

2.2.1. 当組織の連絡先、所在地、来院方法は、インターネット検索で容易に見つけられる。

測定可能な要素：ウェブサイトが連絡先、所在地、来院方法が掲載されている。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

2.2.2. 当組織のウェブサイトは、デジタル／健康に関するリテラシーが低い人にも使いやすく、地域住民の構成に応じて複数言語で利用できる。

測定可能な要素：ウェブサイトが地域の主要言語で提供され、わかりやすい言葉（plain language）で書かれている。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 2.2.3. 当組織は、患者集団のヘルスリテラシー、言語、認知能力を考慮して、文書資料や院内案内表示を作成している。

測定可能な要素：文書資料と案内表示の評価により、患者集団のヘルスリテラシー、言語、認知能力に対応していることが確認できる。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 2.2.4. 当組織は、社会的に周縁化された、または不利な立場にある集団にアウトリーチによる情報提供を行っている。

測定可能な要素：年齢、性別、民族、教育水準などにより周縁化・不利益を受ける特定集団を対象としたアウトリーチ情報提供の実績を示せる。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 2.2.5. 障害や機能上の制約の有無にかかわらず、患者・来訪者が当組織に容易にアクセスし、院内を移動できる。

測定可能な要素：ヘルスリテラシーに配慮した環境評価が実施され、患者・来訪者のアクセスと院内移動に適した環境であることが示されている。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

備考と考察：

--

2.3. サブ基準：社会・文化的な受け入れやすさ

2.3.1. 当組織は、地域のさまざまな集団の価値観、ニーズ、選好を理解し、尊重している。

測定可能な要素：地域の主要言語による情報提供、必要に応じた文化仲介者の活用、職員への文化的配慮の研修、文化・宗教に配慮した食事や宗教的支援等を示せる。

未実施										十分に 実施されている		該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			☐

2.3.2. 当組織は、すべての患者の権利が尊重されるよう、必要な特別措置を講じている。

測定可能な要素：患者の意見や経験を取り入れた体系的な評価を行い、その結果を、患者の権利を保障するための組織方針や職員研修の改善に活用している。

未実施										十分に 実施されている		該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			☐

2.3.3. 当組織は、脆弱な立場にある人々の特別なニーズに手順を適応させるよう最大限努めている。

測定可能な要素：高齢者、子ども・思春期の人など、脆弱な患者のニーズを把握する系統的評価を行い、その結果を対応に反映している。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

2.3.4. 当組織の案内・ナビゲーションシステムは患者によって試行評価され、その結果に基づいて改善されている。デジタルサービスや新しいメディアも、提供前に対象集団・患者の代表者による事前評価を受けている。

測定可能な要素：多様な参加者による案内・ナビゲーションシステムの試行評価報告がある。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

備考と考察：

3. 人を中心とした医療と利用者参加を強化する

目的:

組織は、可能な限り最善の患者中心の医療と健康アウトカムを目指し、サービス利用者・地域住民が組織活動に参加し貢献できるようにする。

3.1. サブ基準：ケアニーズへの応答性

- 3.1.1. 当組織は、患者の健康ニーズを評価する手順を、患者、家族、介護者と協働して作成している。

測定可能な要素：患者、家族、介護者と協働して健康ニーズ評価の手順を作成する仕組みを説明できる。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 3.1.2. 当組織は、喫煙、飲酒、食事・栄養、身体活動不足などの行動上のリスク因子について、介入の必要性を評価・記録する標準化された方法を持っている。

測定可能な要素：データ収集様式・患者記録に、HPH Data Model*を用いて行動上のリスク因子を収集できる項目が含まれている。

*訳注：HPH Data Modelの説明 P50参照

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 3.1.3. 当組織は、喫煙、飲酒、食事・栄養、身体活動不足などの行動上のリスク因子について、介入の必要性を評価・記録する標準化された方法を持っている。

測定可能な要素：データ収集様式・患者記録に、HPH Data Modelを用いて行動上のリスク因子を収集できる項目が含まれている。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 3.1.4. 当組織は、子ども、保護者・家族・介護者、仲間、関係するケア提供者が積極的に参加して、子どもの健康ニーズを評価している。

測定可能な要素：子どもの権利条約（UNICEF）および「病院の子どもの権利憲章」が利用可能で、その規定が実施されている。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 3.1.5. 当組織は、脆弱な患者を特定し、ニーズを把握して医療サービスにおける不公正・格差を縮小するための手順を整備している。

測定可能な要素：脆弱な患者を特定する手順があり、格差を縮小するための仕組みの分析に活用されている。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

備考と考察：

3.2. サブ基準：ニーズに応答するケア実践

- 3.2.1. 組織は、患者と家族が安全だと感じ、尊厳とアイデンティティが尊重される環境をつくっている。

測定可能な要素：患者・家族からの意見やケア経験に関する調査データ（患者安全、尊厳、患者の権利等）を、ケア環境の改善に活用している。

未実施											該当なし
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 3.2.2. 当組織では、患者との面談・診察をプライバシーが保たれる部屋・空間で行い、十分なコミュニケーションができる時間を確保している。

測定可能な要素：患者や家族からの意見やアンケートなどを通じて、医療・ケアを受けた際の体験について評価し、その結果をケア環境の改善に活用している（特に、プライバシーの確保や診察・面談に十分な時間がとられているかを評価する）。

未実施											該当なし
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 3.2.3. 当組織では、患者のプライバシーが常に尊重され、長期入院患者にはくつろげる場所を利用する権利がある。必要に応じて、パートナーや近親者が滞在できるようにしている。

測定可能な要素：患者や家族が医療・ケアを受けた際の体験について、意見やアンケートデータを収集し、その結果をケア環境の改善に活用している（評価項目：施設・療養環境の質、患者や家族が利用できる共用スペース）。

未実施											該当なし
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 3.2.4. 当組織は、患者や家族が医療・ケアをともにつくるパートナーとして、ケアの全過程を通じて共同意思決定に主体的に参加できるよう支援している。

測定可能な要素：共同意思決定支援ツールの例と、それを組織的に実装する手順・プロトコルがある。

未実施											充分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 3.2.5. 当組織は、すべての患者に、個別化され、文化・年齢に適した予防、ヘルスプロモーション、治療、リハビリテーション、緩和ケアを受ける権利を保障している。

測定可能な要素：これらの要件が組織の患者権利憲章等に盛り込まれている。

未実施											充分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 3.2.6. 当組織は、高齢者のリスクを早期に把握するためのスクリーニング指針を整備し、必要に応じて、各診療部門の診療ガイドラインやクリニカルパスに、ヘルスプロモーション、リハビリテーション、リスク管理を組み込んでいる。

測定可能な要素：ヘルスプロモーション、リハビリテーション、リスク管理を含む高齢者ハイリスク・スクリーニング指針が使用されている。

未実施											充分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

3.2.7. 当組織は、該当する場合、WHO/UNICEFの「赤ちゃんにやさしい病院」イニシアブの勧告を実施している。

測定可能な要素：WHO/UNICEF「赤ちゃんにやさしい病院」または関連する認証を取得している。

未実施									十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.2.8. 当組織は、Global Network for Tobacco Free Healthcare Services (GNTH)の基準を実施している。

測定可能な要素：たばこのないヘルスケアサービスとしての認証を取得している。

未実施									十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

備考と考察：

3.3. サブ基準：患者と医療提供者のコミュニケーション

- 3.3.1. 当組織は、患者・家族が自らのケアに主体的に関わることを支える主要な方法として、患者中心のコミュニケーションと共同意思決定を実践している。

測定可能な要素：患者からの苦情や、患者・家族が医療・ケアを受けた際の体験についてのアンケートデータを、ケア環境の改善に活用していることを組織として示すことができる（評価項目：患者と医療者とのコミュニケーション、意思決定への参加、患者が自らの健康や医療に主体的に関わること）。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 3.3.2. 当組織は、コミュニケーションと患者中心性を高める技法について職員研修を行っている。文書・口頭の双方で、わかりやすい言葉やteach-back法などを用いる。

測定可能な要素：職員研修プログラムがあり、カリキュラムにコミュニケーション能力と患者中心性を高める内容が含まれている。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 3.3.3. 当組織は、職員に敬意をもったコミュニケーションを求めるとともに、患者が質問することを大切にし、その方法を支援している。

測定可能な要素：患者・家族のケア経験に関する意見・調査データ（職員とのコミュニケーション、患者が質問できること等）を改善に活用している。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

3.3.4. 当組織は、必要に応じて患者—医療者間のコミュニケーションを支援する通訳を利用できるようにしている。

測定可能な要素：聴覚障害者への支援を含む言語通訳サービス、文化的仲介サービスに関する記録がある。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

3.3.5. 当組織では、すべての患者が自由に質問できる。

測定可能な要素：「Ask Me Three」など、患者が質問することを促す手順・仕組みがある。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

備考と考察：



3.4. サブ基準：患者の行動変容とエンパワメントの支援

- 3.4.1. 当組織は、患者の現在の状態、治療、ケア、健康に影響する要因について、明確で理解しやすく適切な情報を提供している。

測定可能な要素：患者向け情報や退院時文書の例を示すことができ、基準に照らして必要な情報が十分含まれているか評価されている。

未実施		十分に実施されている								該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 3.4.2. 個別の患者ニーズ評価に基づき、当組織は喫煙、飲酒、食事・栄養、身体活動不足など主要なリスク因子について、短時間または集中的なカウンセリングを提供している。

測定可能な要素：ニーズ評価の手順と、短時間／集中的なカウンセリングを利用できる体制を示せる。

未実施		十分に実施されている								該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 3.4.3. 当組織は、患者が自分の診療記録にアクセスできるようにしている（適切な場合は電子的アクセスを含む）。

測定可能な要素：診療記録へのアクセス権が患者権利憲章等に表示され、事例で確認できる。

未実施								十分に実施されている		該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 3.4.4. 当組織は、必要に応じて患者向け意思決定支援ツールを容易に利用できるようにし、その活用を支援している。

測定可能な要素：共同意思決定支援ツールの例と、それを組織的に位置づける手順・プロトコルがある。

未実施								十分に実施されている		該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 3.4.5. 当組織は、退院準備や長期フォローアップに向けて、患者が自分の状態を管理できるよう自己管理支援の介入を実施している。

測定可能な要素：患者・家族のケア経験に関する意見・調査データ（自己効力感、自己管理、ケア移行等）を改善に活用している。

未実施								十分に実施されている		該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

備考と考察：

3.5. サブ基準：患者、家族、介護者、地域の参加

3.5.1. 当組織は、サービスの計画、提供、評価への利用者参加を支援している。

測定可能な要素：会議議事録から、サービスの計画・提供・評価に患者が参加していることを確認できる。

未実施								十分に実施されている		該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.5.2. 当組織は、参加プロセスから排除されるリスクのある利用者を特定し、排除や差別を受けるおそれのある人々の参加を促進している。

測定可能な要素：組織運営に関わる役割に参加する患者は、多様な社会経済的背景をもつ人々から選ばれている。

未実施								十分に実施されている		該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.5.3. 当組織では、患者に関係するすべての文書・サービスを、患者アドボケイトや患者団体の代表者とともに作成・評価している。

測定可能な要素：患者アドボケイトまたは患者支援団体が組織活動にどのように参加しているか説明できる。

未実施								十分に実施されている		該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.5.4. 当組織は、学生、地域の高齢者、患者、家族を含むボランティアが組織活動に参加・貢献することを奨励している。

測定可能な要素：ボランティア、学生、地域の高齢者、患者、家族の参加を促す募集・広報の例を示せる。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

備考と考察：

3.6. サブ基準：他のケア提供者との連携

3.6.1. 当組織は、健康上の利益を最大化するために他のケア提供者と連携している。

測定可能な要素：他のケア提供者と連携して包括的な患者ケアを提供している例を示せる。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

- 3.6.2. 当組織は、他組織と患者に関する必要な情報を交換するための承認された手順を持っている。

測定可能な要素：必要に応じてIT連携も含め、患者に関する必要な情報を交換する手順が整備されている。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 3.6.3. 紹介先の組織には、患者の状態、健康ニーズ、紹介元で実施した介入の要約が、適切な時期に文書で提供される。

測定可能な要素：患者の状態、健康ニーズ、必要な介入の要約が適時に送付され、日時の記録で確認できる。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

備考と考察：

4. 健康的な職場と健康を支える環境をつくる

目的：

組織は、患者、家族、職員、支援スタッフ、ボランティアすべての健康を向上させるため、ヘルスプロモーションに取り組む職場を整備し、組織全体を健康を支える場（setting）とすることを旨とする。

4.1. サブ基準：職員の健康ニーズ、参加、ヘルスプロモーション

- 4.1.1. 当組織は、職員の健康ニーズを定期的に評価し、喫煙、飲酒、食事・栄養、身体活動不足、心理社会的ストレスに関するヘルスプロモーションを提供している。

測定可能な要素：職員の健康に関するアセスメントと評価を定期的に実施している。また、職員向けのヘルスプロモーション活動・サービスと、その利用状況を示すことができる。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 4.1.2. 特に負担の大きい時期には、必要な支援を早期に把握できるよう、職員の健康ニーズ評価を状況に応じて変更している。

測定可能な要素：職員の健康評価に基づき、すべての職員のニーズと適切な支援サービスを迅速に把握する簡便な手順がある。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 4.1.3. 当組織は、健康課題に対する職員の認識を高め、それを維持している。

測定可能な要素：職員の健康ニーズについて、定期的な面接や調査を実施している。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 4.1.4. 当組織は、診療・ケアの業務プロセスや職場環境に影響する意思決定に職員が参加できるようにしている。

測定可能な要素：重要な組織変更について共同で意思決定するため、職員参加型の会議を実施し、議事録で確認できる。

未実施											十分に 実施している	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 4.1.5. 当組織は、適切な場合、多職種チームによる業務実践を推進している。

測定可能な要素：会議報告等から、多職種チームの参加を確認できる。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 4.1.6. 当組織は、心理社会的な職場環境にも配慮した、ヘルスプロモーションに取り組む職場をつくっている。

測定可能な要素：職場のヘルスプロモーションを計画・実施する際には、職員の健康に影響する要因（労働条件、職場での社会的支援など）、早期に現れる指標（仕事への意欲・関与、健康行動など）、その後に現れる結果指標（頻繁な配置転換、病気休業など）を考慮している。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

備考と考察：

4.2. サブ基準：健康を支える環境

- 4.2.1. 当組織は、患者、家族、職員が安全だと感じ、尊厳とアイデンティティが尊重される環境をつくっている。

測定可能な要素：アンケートや面接の結果から、患者や家族が尊重される環境であることが確認できる。また、患者や家族からの意見やアンケート結果を、改善すべき点の把握に活用している。

未実施										十分に実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 4.2.2. 当組織は、実施可能性や費用面を考慮しつつ、可能な範囲で、施設の物理的環境にユニバーサルデザインの基本原則を取り入れている。

測定可能な要素：組織内の物理的環境の各所でユニバーサルデザインの具体例を確認できる。

未実施										十分に実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 4.2.3. 当組織は、待合スペースを含め、清潔で快適な環境を保っている。

測定可能な要素：現場観察と調査から、清潔で快適な環境であることを確認できる。

未実施										十分に実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 4.2.4. 当組織は、十分な照明、滑りにくい床、安定した家具、障害物のない明確な通路を備えている。

測定可能な要素：現場観察および職場の監査・リスク評価から、十分な照明、滑りにくい床、安定した家具、明確な通路が確認できる。

未実施										十分に実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

4.2.5. 当組織は、患者、職員、来訪者が、くつろいだり、体を動かしたり、人と交流したりできる場所や機会を提供している。

測定可能な要素：現場での確認により、患者、職員、来訪者が、くつろいだり、体を動かしたり、人と交流したりするための場所や機会が設けられていることを確認できる。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

4.2.6. 当組織は、健康に配慮した食事や食品を提供し、施設内およびその周辺では健康に好ましくない食品や飲料を提供・販売しないようにしている。

測定可能な要素：現場での確認により、健康的な食生活に関する国の指針に沿った多様な食事・食品の選択肢が提供されていることを確認できる（認証制度がある場合は、その認証を含む）。また、健康に好ましくない食品や飲料の提供・販売を禁止する方針について組織全体で正式に合意しており、その実施状況を現場で確認できる。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

4.2.7. 当組織は、医療・ケアを提供する環境を禁煙・禁酒とし、不必要な騒音をできる限り減らしている。

測定可能な要素：当組織は、たばこのない医療機関としてGNTHの認証を受けており、酒類およびたばこ製品の販売を禁止している。また、たばこおよびアルコールを禁止する方針について組織全体で正式に合意しており、その実施状況を現場で確認できる。さらに、騒音に関する調査およびリスク評価を実施している。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

備考と考察：



5. より広い社会におけるヘルスプロモーション

目的：

組織は、地域社会およびサービス対象集団の健康を推進する責任を担う。

5.1. サブ基準：対象集団の健康ニーズ

- 5.1.1. 当組織は、医療へのアクセスと公正性を改善するためのデータのの一つとして、診療圏における医療・サービスの利用状況に関するデータを収集している。

測定可能な要素：診療圏における医療・サービスの利用状況やその傾向に関する報告には、関連する公衆衛生指標（例えば、プライマリ・ケアによって回避可能な入院や、地域の主要な疾病・健康課題に当組織のサービスが適切に対応しているかを示す指標）が含まれている。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 5.1.2. 当組織は、公衆衛生機関と連携し、診療圏の健康状態、保健医療ニーズ、健康の決定要因に関する情報を収集している。

測定可能な要素：診療圏の健康に関する情報を収集するために、地域の公衆衛生機関と連携していることが文書で確認できる。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 5.1.3. 当組織は、診療圏における疾病予防とヘルスプロモーションのニーズに関する情報を収集するため、公衆衛生機関と連携している。

測定可能な要素：診療圏における疾病に関する情報を収集するため、地域の公衆衛生機関と連携していることが文書で確認できる。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 5.1.4. 当組織は、健康ニーズの評価に基づき、診療圏の住民の健康を改善するために必要な取り組みと連携先を明らかにしている。

測定可能な要素：連携組織とともに実施したニーズ評価の結果が、行動計画に反映されている。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

備考と考察：

5.2. サブ基準：地域の健康課題への取り組み

- 5.2.1. 当組織は、一次予防を目的として、特定の年齢層を対象とした健康に関する対話など、アウトリーチによる取り組みを実施している。

測定可能な要素：アウトリーチによる取り組みの実施状況を、当組織のウェブサイトやその他の媒体で確認できる。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 5.2.2. 当組織は、健康の決定要因やサービス利用に関する知識・情報を共有するため、地域の組織と連携するとともに、連携した取り組みを自ら提案し、積極的に参加している。

測定可能な要素：連携の手順や、連携して実施した活動を確認できる。

未実施											十分に 実施されている		該当なし
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			☐

- 5.2.3. 当組織は、地域の不利な立場にある人々に対して、訪問や地域のケア拠点を通じた支援など、革新的なサービスを提供する責任を担っている。

測定可能な要素：地域の不利な立場にある人々を対象としたサービスを提供していることが文書で確認できる。

未実施											十分に 実施されている		該当なし
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			☐

備考と考察：

5.3. サブ基準：環境と健康

- 5.3.1. 当組織は、安全性に配慮した化学物質や資材の使用、安全な業務プロセスを推進することにより、患者、職員、地域社会の人々の健康と環境の改善に取り組んでいる。

測定可能な要素：安全な化学物質、資材、業務プロセスが明確に定められており、それらの使用・実施状況を監査によって確認している。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 5.3.2. 当組織は、医療活動から生じる廃棄物の量と有害性を低減し、環境への影響をできる限り抑えた廃棄物の管理・処理方法を採用している。

測定可能な要素：廃棄物の量・有害性を測定し、環境に配慮した管理・処分方法を用いるための手順が文書化されている。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 5.3.3. 測定可能な要素：廃棄物の量・有害性を測定し、環境に配慮した管理・処分方法を用いるための手順が文書化されている。

測定可能な要素：エネルギー消費源を評価し、その結果を化石燃料由来エネルギーの削減に活用している。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 5.3.4. 当組織は、病院／ヘルスサービスの水使用量と排水による汚染を減らすため、節水、再利用、処理の対策を実施している。

測定可能な要素：水使用量を評価する手順が文書化され、その結果に基づいて節水対策を実施できる。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 5.3.5. 当組織は、病院・ヘルスサービスによる気候への負荷と地域の環境汚染を低減するため、交通・移動およびサービス提供に関する方針や取り組みを策定している。

測定可能な要素：サービス提供戦略に、公共交通機関や低排出の交通手段が含まれている。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 5.3.6. 当組織は、健康的な食生活を促進するとともに、地域で生産され、持続可能な方法で調達された食品を利用することにより、病院・ヘルスサービスの環境負荷を低減している。

測定可能な要素：食品の調達、食品廃棄物、地域で生産された食品や持続可能な方法で調達された食品に関する記録を、環境負荷を低減するための計画策定に活用している。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

5.3.7. 当組織は、施設の設計、建設、改修に、環境に配慮した建築（グリーンビルディング）の原則と実践を取り入れている。

測定可能な要素：当組織は、環境に配慮した病院（グリーンホスピタル）としての認証、またはその他の関連する認証（Global Green and Healthy Hospitals、Green Hospitalsなど）を取得している。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

備考と考察：

5.4. サブ基準：情報・研究・能力の共有

5.4.1. 当組織は、医療へのアクセスとケアの質を改善するため、不利益を受けやすい人々を対象としたヘルスプロモーションや疾病予防の介入、および医療のイノベーションに関する研究を推進している。

測定可能な要素：大学・教育機関と連携した関連研究費への応募・採択、研究への参画、研究成果を文書で示せる。

未実施										十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 5.4.2. 当組織は、HPHの国際・国内・地域ネットワークにおける学習・共有活動に積極的に貢献している。

測定可能な要素：国際HPHネットワークの加盟組織であり、職員がネットワーク全体の活動（カンファレンス、タスクフォース、ウェビナー等）に貢献・参加している。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 5.4.3. 当組織は、患者、家族、市民、特に社会的に周縁化されたサービス利用者が、医療研究の研究課題の設定、研究方法の検討、研究成果の報告に参加するような、計画・評価・研究活動を支援している（参加型研究、質的研究、混合研究方法を含む）。

測定可能な要素：社会的に周縁化されたサービス利用者が、研究およびサービス提供の優先課題の設定に参加していることを示せる。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

- 5.4.4. 当組織は、健康の決定要因と、より広い社会の健康課題について市民に啓発・教育を行っている。

測定可能な要素：公開講座、プレスリリース、ウェブ情報等、市民向け教育・啓発の実績を文書で示せる。

未実施											十分に 実施されている	該当なし
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	

5.4.5. 当組織は、意思決定者に継続的に情報を提供し、対話するための仕組みと場を整備している。

測定可能な要素：ワーキンググループ等の議事録から、意思決定者との対話が行われていることを確認できる。

未実施		十分に実施されている								該当なし	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

備考と考察：



参考文献

1. Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021. Health Promot Int. 2021 Apr 5;daaa157. doi: 10.1093/heapro/daaa157.
2. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. World Health Organization; 1986. [cited 2021 Nov 10]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
3. International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. Wikipedia. [cited 2021 Nov 10]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/International_Network_of_Health_Promoting_Hospitals_and_Health_Services
4. ISQua External Evaluation Association (ISQua EEA). The International Society for Quality in Health Care; [cited 2021 Nov 10]. Available from: <https://ieea.ch/accreditation.html>
5. Groene O. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. WHO European Office for Integrated Health Care Services; 2006 [cited 2021 Nov 10]. Available from: https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Manual-Standard-Assessment_English.pdf
6. Chiarenza A. Umbrella standards process development. 25th Meeting of the HPH General Assembly; 2019 May 29; Warsaw.
7. Shewhart, Walter Andrew. Statistical method from the viewpoint of quality control. New York: Dover. Originally published: Washington, DC: Graduate School of the Department of Agriculture, 1939.
8. W. E. Deming; Out of the Crisis; Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, 1982.

HPH Data Model の説明 日本語訳注：基準 3.1.2 (P20)

HPH DATA Model は、患者のヘルスプロモーションのニーズを標準的に把握し、診療録に記録するために HPH が開発した簡便な評価モデルです。主に、**低栄養、過体重、身体活動不足、喫煙、リスクのある飲酒**の 5 領域を 9 項目で評価します。

領域	評価項目
低栄養	① BMI は 20.5 未満か ② 過去 3 か月間に体重減少があるか ③ 過去 1 週間に食欲低下があるか ④ 重篤な疾患・病態による代謝ストレスがあるか
過体重	⑤ BMI は 25 を超えているか ⑥ 腹囲が基準値（女性 80 cm、男性 94 cm）を超えているか
身体活動	⑦ 中等度以上の身体活動が 1 日 30 分未満か
喫煙	⑧ 毎日喫煙しているか
飲酒	⑨ 飲酒量が推奨される上限を超えているか

各項目は原則として「はい／いいえ／不明」で記録し、リスクが認められた場合には、必要な助言、支援、専門職への紹介などのヘルスプロモーション介入につなげます。

HPH Standards 2020 における位置づけ

Standard 3.1.2 では、喫煙、飲酒、食事・栄養、身体活動不足などの行動上のリスク因子を系統的に評価し、診療録等に記録できる仕組みを持つことが求められており、HPH DATA Model がその具体例として示されています。

したがって、自己評価に際しては、HPH DATA Model の 9 項目をそのまま使用しているのではなく、これらのリスク因子を標準化された方法で把握・記録し、必要な介入につなげる仕組みがあるかを評価することが重要です。

日本で使用する際の注意

HPH Data Model は国際的に開発されたモデルであり、BMI、腹囲、飲酒量などの基準値は、日本のガイドライン等と必ずしも一致しません。実際の診療で使用する場合には、日本で用いられている基準に合わせて調整することが適切です。

また、現在の HPH では Health Equity（健康の公正性）が重視されています。そのため、必要に応じて、経済的困難、社会的孤立、住居、就労、言語などの健康の社会的決定要因（SDH）についても評価することで、患者のヘルスプロモーション・ニーズをより包括的に把握できます。

要するに、HPH Data Model は「9 項目のチェックリストそのもの」よりも、患者のリスクやニーズを系統的に把握し、記録し、介入につなげる仕組みの基本モデルとして理解するのが適切です。

