

プライマリ・ヘルス・ケアとヘルス・プロモーションの 共通点・相違点の考察

ヘルス・プロモーションの開発途上国適用への摸索

ユアサ モトヨキ スガナミ シゲル ナカハラ トシタカ
湯浅 資之* 菅波 茂^{2*} 中原 俊隆^{3*}

開発途上国における保健対策の理念はアルマ・アタ宣言により提唱されたプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）であり、先進国のそれはオタワ憲章によるヘルス・プロモーション（HP）であると一般には考えられている。しかし、1970年代の基本的人間のニーズ（BHN）対策を含む社会開発の理念に影響を受けたPHCと、1980年代後半から90年代にかけての人間開発の理念と一致したHPの基本概念は共通しており、PHCが先進国においても適用可能であるように、HPも途上国で必要な活動であると考えられる。

Key words : プライマリ・ヘルス・ケア, ヘルス・プロモーション, 社会開発, 人間開発

I 緒 言

一般に、社会・経済基盤の弱い開発途上国における保健活動を支えている基本理念は1978年にアルマ・アタ宣言¹⁾で提唱されたプライマリ・ヘルス・ケア（以下PHCと略）であり、社会・経済基盤が整備され市民社会が成熟した先進国のそれは1986年のオタワ憲章²⁾によるヘルス・プロモーション（以下HPと略）であると考えられている。事実、前者は途上国のニーズに焦点を当てた問題意識に由来し、後者はヨーロッパにおける健康教育の概念の効用と限界を検討する過程から生まれた^{3,4)}。また、異なる発展段階の社会にはそれぞれに適した公衆衛生の理念の適用を図ることが妥当であるとも考えることも自然なことである（なお、先進国が途上国よりも発展していると認識する西洋的社会進化説に反論もある⁵⁾）。こうした意味では、PHCは途上国仕様でありHPは先進国向きと言えるであろう。

しかし後述するように、両者の理念には共通する点が多数あり、また基本的な健康を可能な限り高度の水準に達成させることが社会正義となるとの理想も両者において一致している。したがって、PHCが我が国などの先進国にも重要であるとこれまでにたびたび指摘されてきた⁶⁾ことと同様に、HPがその理念、方法において途上国でも適用可能であると考えられる。

本稿は、アルマ・アタ宣言にみられるPHCとオタワ憲章にみられるHPの概念的構造を鳥瞰し、次いでPHCとHPの共通項を整理したい。また、アルマ・アタ宣言とオタワ憲章が提言された時代における開発の考え方を概観することで、時代がPHCとHPに与えた影響を考察する。最後に、著者らがフィリピンで支援している行政と住民の協調による活動事例を教示し、途上国でのHP展開における可能性を摸索したい。

II プライマリ・ヘルス・ケアの構造

世界保健機関（WHO）は国連児童基金（UNICEF）との共催によるアルマ・アタにおける国際会議上、その後の公衆衛生活動に多大な影響を与えることとなった金字塔を打ち立てた。アルマ・アタ宣言によるPHCの提唱である。PHCが画期的なことは、その原則が徹底して地域レベルに見合った現場重視の基本姿勢を鮮明にしてい

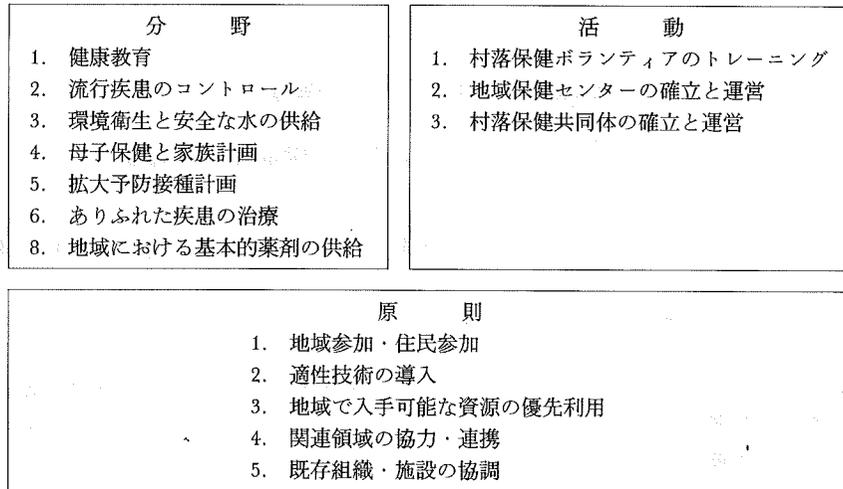
* 国際協力事業団フィリピン家族計画・母子保健プロジェクト

^{2*} アジア医師連絡協議会（AMDA）

^{3*} 京都大学大学院医学研究科（公衆衛生学）

連絡先：JICA FP/MCH Project, % Building No 10, Department of Health, San Lazaro Compound, Sta. Cruz, Manila, Philippines, Dr. Motoyuki Yuasa

図1 アルマ・アタ宣言におけるプライマリ・ヘルス・ケアのコンセプト・フレームワーク



(Som-arch Wongkhomthong 氏⁷⁾の概念図を一部改変)

る点であった。図1はPHCの原則とPHCの8分野の活動に関するコンセプト・フレームワーク(概念構造)を示した。

宣言前文に「プライマリ・ヘルス・ケアは、健康増進、予防、治療、リハビリテーション・サービスの実施などの地域社会における主要な保健問題を対象¹⁾としており、栄養改善、母子保健、予防接種、水供給と環境衛生など8項目にわたる具体的保健分野がPHCの必須領域として列挙されている(図1)。また、同宣言本文には、訓練された村落保健ボランティア・ワーカーが地域から選ばれ、地域に住み、人々の信頼を得て、地域でまかない得る費用と技術(適性技術)を用いて地域のヘルス・ニーズに応えるとき、PHCは最も効果的に機能すると述べられている⁹⁾など、保健活動の具体的理想像(イメージ)も描写されている。

一方、WHOとUNICEFによる合同報告書⁹⁾は、PHC的アプローチがあらゆる社会経済問題を医学の視点から検討するものであり、PHCの中で保健セクターの範疇を超える活動の必要性も指摘した。また、PHCの実施計画策定には地方分権 decentralization 下での地域の主体的な参加を求めるなど、当時としては革新的な内容をも包含していた。

III ヘルス・プロモーションの構造

かつてPHCを「一次医療」と翻訳し誤解を招いたように⁶⁾、HPも米国流の「健康増進」と同義語に解釈され真意を誤って理解されてきた嫌いがある。また、HPの定義付けも誤解されてきた理由のひとつとしてあげられる。オタワ憲章によれば「ヘルス・プロモーションとは、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ためのプロセスである」と述べている。PHCが基本的なヘルス・ケアであると明確に定義されているのとは対照的に、HPの定義付けは極めて抽象的であり、理解を困難にさせている⁹⁾からである。

だが、HPの起源を溯れば、その定義を包括的にせねばならない理由が見出せる。HPの最初の発案者とされるカナダのM. Lalondeら¹⁰⁾が指摘したように「健康を規定する要因はヘルス・ケア・サービスだけではなく、生物学的要因、環境、ライフ・スタイルも含まれる」のであり、それゆえ「ヘルス・プロモーションはヘルス・ケアの範囲を超える¹⁾」ものでなければならなかった。また、HPの育ての親とされるWHOヨーロッパ事務局のI. Kickbuschは、はじめHPを健康教育の中で健康づくりという狭義の意味で扱っていたが、考察の過程でやがて健康教育の支援と環境的支援を合わせ持つ広域概念としてHPを捉え

図2 オタワ憲章におけるヘルス・プロモーションのコンセプト・フレームワーク

唱道 Advocate 能力の付与 Enable 調停 Mediate	人びとの健康を指向する能力を高める（健康教育的側面） <ul style="list-style-type: none"> • 地域活動の強化 Strengthen community action • 個人技術の開発 Develop personal skills
	健康を支援する制度・環境・組織を整備する（健康政策的・環境的側面） <ul style="list-style-type: none"> • 健康的な公共政策づくり Build healthy public policy • 健康を支援する環境づくり Create supportive environment • ヘルス・サービスの刷新 Reorient health services

るようになった^{4,11,12)}。その結果がオタワ憲章の定義へと結実したのである。すなわち、個人や地域の人々が健康的な行動やライフ・スタイルをとることができるようになっていく教育のプロセスと、それを支援するように個人や地域を取り囲む環境を改善していくプロセスをHPと考えたのである。さらにこの概念は、前者の教育プロセスで教化された住民の参加によって自治体単位に健康政策を立案し地域環境の改善を行う具体的構想（ヘルシー・シティー・プロジェクト）へと発展していくことになる¹³⁾。

図2はオタワ憲章にみるHPの概念を、Greenら¹⁴⁾の説明する健康教育的側面と健康政策的（あるいは環境的）側面に分けた枠組みを用いて、整理したものである。オタワ憲章ではHP推進の活動として5項目を挙げており（図の黒丸）、これらは人々の健康を指向する能力を高める教育的側面の活動と、健康を支援する制度・組織・環境を整備する政策的側面の活動に分類することができる。前者には、情報提供・オーナーシップ強化・財政支援を通してコミュニティのエンパワーメントを進める「地域活動の強化」と、情報提供・健康教育・健康増進のための選択肢拡大・ライフスキル*の強化による「個人技術の開発」がある。後者には、保健部門とそれ以外のあらゆる領域で立法・財政・税制・組織変革を実行する「健康的

な公共政策づくり」、社会生態学的アプローチに基づいた生活、労働、余暇、自然環境の場での「健康を支持する環境づくり」、また保健分野の協調と文化的ニーズへの配慮や専門教育と研究の強化による「ヘルス・サービスの刷新」が含まれている。かかる両側面の活動は、社会のあらゆる分野へ「唱道」を行い、人々へ健康を指向する潜在的可能性を最大限引き出せる「能力を付与」し、関連するすべての関係者・機関の「調停」を行うことによって実行される、としている。

結局、HPの最大の関心は人々の健康を指向する能力の開発にあるといえる。政策・環境的アプローチはこの能力開発を支援するために要求されたものであると考えられよう。能力開発に伴う個人・地域の内発的発展はより良い健康という資源を産み出し、生命・生活・人生の質（Quality of Life）の向上に寄与する、とHPは考えているのである。

IV PHCとHPの共通項

以上みてきたように、PHCとHPの理念は健康に対する課題を大局的に見据えているので裾野が広く、深遠である。両者の宣言文あるいは憲章文を詳細に検討してみると、基本概念で共通することが極めて多い。表1はPHCとHPの共通概念の一例を示している。実施段階における個々の方法論や健康課題の関心領域毎の軽重は異なるものの、基本理念においては一致している。これについては、オタワ憲章の序文にHPがPHCの進歩の上に築かれるものであることを確認している²⁾ことから、討議の過程で整合性が図られたことの結果であろう。また、基本理念の一致ゆえ、包括的PHCがHPの概念へ連続しているとの見方¹⁶⁾があることも理解できよう。

* ライフスキル Life skill；ライフスキルとはWHOにより提唱された概念で、日常生活で生じるさまざまな問題や要求に対して建設的かつ適応的に対処するために必要な能力、と定義される¹⁵⁾。「生活技術」などと訳されることがあるが、誤解を避けるためライフスキルとするのが一般的である。これと類似した概念として文部省中央教育審議会は「生きる力」を提案している。

表1 Primary Health Care と Health Promotion の共通概念の一例

	Primary Health Care	Health Promotion	共通点
健康の捉え方	健康は基本的な権利であること、健康は社会的、経済的、生産的な生活をおくる上で必要との認識。	健康は生きる目的でなく、社会的、経済的、個人発展のための資源と強調。	両者とも社会経済的発展の資源と捉えている。特に HP では健康至上主義を否定している。
適応国、地域	PHC はすべての国に有効だが、特に問題が緊急な途上国のニーズに焦点を当てている、と記載。すべての政府が PHC を採用するよう勧告。	先進国のニーズに焦点を置いているが、その他の地域の関心事をも考慮している旨が記載。	特に PHC は開発途上国、HP は先進国のニーズに焦点を当てた内容だが、両者ともすべての国、地域に適応が可能であることを確認している。
平和主義と社会経済開発との関連	PHC は独立、平和、緊張緩和、軍縮に必須であると指摘。健康が持続的社會經濟開発に不可欠であり、より良い生活の質と世界平和に寄与できるとしている。	健康であるための前提として、平和、住居、教育、食物、収入、安定した生態系、生存のための諸資源、社会正義と公正を列挙。健康は社会經濟開発および個人の発展に重要であると指摘。	両者とも平和主義に立脚し、健康が社会經濟の発展に寄与することを確認している。また、社会正義と公正の精神を尊重している。
個人・家族・地域住民の参加	人びとはヘルス・ケアの企画と実施に参加する権利と義務を有することを指摘。PHC が自助と自決の精神に則り、地域社会の個人または家族の十分な参加に基づき活動であることを確認。	定義上、すべての人々の参加を前提としている。	両者の活動は個人、家族、地域社会の参加を大前提としている。
個人・地域の能力開発	適切な教育を通して地域住民が PHC に参加できる能力を開発することの必要性を指摘。	主体的参加のために、個人技術の開発、地域活動の強化を通して、コミュニティと個人のエンパワーメント、能力の付与を求めている。	活動への参加のために、両者とも個人・地域の能力開発の重要性を指摘している。
保健部門以外のセクターとの関連	保健部門に加え、国および地域社会の開発、特に農業、畜産養殖、食料、工業、教育、住宅、公共事業、通信その他関連するすべての部門を巻き込み、調整することの重要性を指摘。	保健部門の他、すべての関係部門、すなわち政府、保健および社会經濟部門、非行政組織やボランティア組織、地方自治体、産業、メディアを調停することの必要性を指摘。	両者とも保健分野だけで解決できないことを認識し、その他のあらゆる関連分野との連携、調停の必要を求めている。

V PHC と HP に与えた開発理念の時代的影響

PHC と HP の提唱された時代に世界はどのような流れにあったのであろうか。はじめに世界の開発における概念の変遷を辿ってみたい。

自由、平等、解放など18～20世紀に確立されたトランセンダンス（卓越した価値）に、戦後は民主主義と開発 development が加わった⁵⁾。世界銀行は1991年の「世界開発報告書」¹⁷⁾の中で、「開発とは QOL を向上させることである。（略）よりよい教育、高い水準の健康と栄養、貧困は少なく、奇麗な環境、均等な機会、大きな個人の自由、豊かな文化的生活がその目標である」と述べている。また、アメリカの M. Todaro はその著作「M. トダロの開発経済学」¹⁸⁾で Goulet の意見

を基に開発の3つの中核的価値基準を挙げている。すなわち、食糧、住居、保健、安全の確保と言う基本的ニーズ、生活必需品の供給がひとつ。第2は一人の人間であるという自尊心。第3が隷属からの自由、あるいは選択が可能（自由）であること。彼は開発の目的をこの3つの価値を保障することにあると考えた。

しかし、こうした開発に対する意見が以前から存在していたわけではなかった。過去50年間に開発の基本的考え方は大きく変遷してきたことは、表2の左半分に列記した開発に関連する世界の主な動きを概観するとわかる。1961年アメリカの J. F. Kennedy 大統領の演説に鼓舞されて開始された「国連開発の10年計画」の主目的は経済開発にあった。アメリカを主軸とする共産主義の封じ込め政策あるいは W. Rostow の経済発展段階

表2 開発と Primary Health Care ・ Health Promotion の関連年表

年代	世界における開発に関連する主な動き	PHC と HP に関連する主な動き
1960年以前	1949 米トルーマン大統領の就任演説に開発の概念登場する 1950 米国際開発法制定	1946 「世界保健機関憲章（健康憲章）」の採択
1960年代	1960 経済協力開発機構（OECD）設立 1961 米ケネディ大統領による「進歩のための同盟」演説 開発援助委員会（DAC）設立 国連第16回総会にて「国連開発の10年」を決議 1964 第1回国連貿易開発会議（UNCTAD）開催 1966 国連開発計画（UNDP）設立 1968 国連開発委員会の設置	1965 中国に文化大革命が起こり、「裸足の医者」が活躍始める シューマッハーが「中間技術開発グループ」を設立。適性技術、中間技術の考えを模索始める
1970年代	1970 国連「第2次国連開発の10年」決議 1974 国際協力事業団（JICA）設立 1975 国連経済特別総会「開発と国際経済協力」 1976 国際労働機関が Basic Human Needs を提唱 1979 プラント委員会「南と北-共存のための戦略」発表	1973 シューマッハーが著作「Small is beautiful」を刊行 1978 WHO/UNICEF による「プライマリ・ヘルス・ケアに関するアルマ・アタ宣言」採択 1979 ワルシュとワーレンによる「選択的PHC」の提唱
1980年代	1980 国連「第3次国連開発の10年」採択	1986 第1回ヘルスプロモーションに関する国際会議（カナダのオタワ）；「オタワ憲章」の採択 1988 第2回ヘルスプロモーションに関する国際会議（オーストラリアのアデレード）；健康的な公共政策がテーマ
1990年代	1990 国連計画「人間開発報告書」を発表。この中で人間開発指標を提唱 国連「第4次国連開発の10年」採択 1992 国連環境開発会議（地球サミット）開催（於リオデジャネイロ） 1994 国際人口開発会議開催（於カイロ） 1995 社会開発サミット開催（於コペンハーゲン） 第4回世界女性会議開催（於北京）	1991 第3回ヘルスプロモーションに関する国際会議（スウェーデンのサンドバル*）；健康を支援する環境がテーマ 1993 世界銀行「世界開発報告」を発表。この中で保健の費用効果指標として DALY を導入 1996 第4回ヘルスプロモーションに関する国際会議（インドネシアのジャカルタ）；「ジャカルタ宣言」を採択

* サンドバル；スウェーデン語による現地名はスンツバル Sundsvall.

論¹⁹⁾や近代化論の理論武装を背景に、西側先進国は途上国へ産業育成を目的とする国際協力を積極的に推し進めていった。これは、途上国が西洋諸国のように経済発展（GNPの増大）を遂げれば、その社会経済的利益は一般大衆に広く「トリックルダウン（浸透）」するはずであるという価値観が信じて疑われなかった時代であった。しかし、60年代の後半から70年代初頭になると貧富の格差が拡大しているという報告^{20,21)}が相次いでなされ、経済開発一辺倒の考え方に修正が迫られるようになった。そこで1970年代に登場した概念が、世界労働機関（ILO）²²⁾や世界銀行が提唱した基

本的人間のニーズ（Basic Human Needs; BHN）を充足させる社会開発であった。BHNとは衣食住、保健、教育、雇用等を指す。だが、この時代の社会開発はあくまでも経済開発を補足するものと捉えられ、保健や教育などの人間の基本的ニーズへの投資も人間の持つ生産力を高めることを本来の目的とした概念であった（A. Marshallの人的資本理論やT. Schultzの教育投資論など）。したがって、BHN政策は世界銀行型の生産性アプローチを採用していたので、BHNの充足は上からの、すなわちサプライ・サイドの支援の発想に立っていたとも言える²³⁾。こうした中で、財や

サービスの保有や享受を保障しようとする BHN 政策とは別に、人間の持つ「何かを実現できる能力 capability」を重視した開発理念が登場するようになる。A. Sen や M. Haq らにより生み出された人間中心の社会開発（以下、人間開発）²⁴⁾ というパラダイムである。その後、この概念は1990年代に入り国連開発計画（UNDP）が中心となって理論体系化を推し進め²⁵⁾、個々人の選択の幅を拡大し、その社会参加の能力を強め、同時に人間を取り巻く社会環境の改善を推進することを人間開発理念の骨子とした。1990年代に開催された多くの国際会議は、この人間開発の理念に多分に影響を受けてきた。例えば、94年のカイロにおける国際人口開発会議や95年の北京女性会議で論議されたリプロダクティブ・ヘルスあるいはライツ（Reproductive Health/Right）²⁶⁾ は、個々のカップルや夫婦の家族計画への選択の幅を広げ、主体的判断によって子どもを産み育てる権利を保障したものであり、その基本理念は人間開発に基づいている。

以上の開発における概念の変遷は、PHC あるいは HP の概念形成に影響を与えたことは想像に難くない。表2の右半分には PHC と HP の関連する動きの年表を、開発の動きと対比して載せた。

PHC の概念形成には、例えば中国の文化大革命時代に展開されたいわゆる「裸足の医者」制度やイギリスの E. Schumacher ら²⁷⁾ の適正技術の考え方などが直接貢献したが、開発論の側面から展望すると1970年代の BHN 政策が PHC に与えた影響も指摘されねばならない²³⁾。WHO では BHN の唱えられる遙か以前から特定の疾患別対策に対峙する戦略としてベーシック・ヘルス・サービス（Basic Health Services; BHS）を推進していたが、1973年事務総長に就任した H. Mahler のリーダーシップの基で WHO は BHS への対応と BHN 政策を自己批判しつつ PHC の概念形成を進めていったのである。一例として WHO ヨーロッパ事務局が宣言した「すべての人に健康を（Health for All by the year 2000）」の38項目の到達目標には BHN 関連の項目が採用されている²⁸⁾。

他方、HP は1980年代後半以降の時代の中でその概念を練磨していった。前述のようにその時代は人間開発の概念形成の時期に重なっている。

HP の主たる関心が人々の健康を指向する能力の開発にあることと、HP が環境・政策的アプローチを重視したことは、取りも直さず人間への投資を最優先する人間開発の理念と完全に一致しており、HP が人間開発の理念と如何に共鳴しているかを理解することができる。

前述した通り M. Todaro は基本的ニーズの充足、自尊心、人生における選択幅の拡大という3つの価値の実現が開発の目的であると述べ、その達成には社会開発と人間開発が必要であると主張した。社会開発と人間開発が車の両輪であるならば、社会開発による影響を大きく受けた PHC と人間開発の保健版である HP が二人三脚をすることは、21世紀の新たな公衆衛生を展開す上で極めて重要であると考えられる。

VI フィリピンにおける HP 活動の試み

これまで論じてきたように、著者らは PHC と HP の両者は本質的に異なるものではなく、理念的には共通する概念であると捉えている。このため、開発途上国においてもオタワ憲章の理念を基盤に HP 活動を展開することが可能であり、人間開発の視点からも必要なことと考えている。こうした信念の元に、著者らはフィリピンの典型的な農村社会で住民主体の健康政策立案と生活環境改善を目指した取り組みを支援してきた。開始から1年半以上の歳月が経てはいるもののいまだ具体的政策立案には至っていないが、途上国における HP 活動胎動の実例として紹介したい。

フィリピン元大統領 Fidel V. Ramos は社会改革策の一環として Minimum Basic Needs (MBNs) を取り入れた保健政策を発表した。MBNs の33項目を指標化し家庭毎の MBNs を改善することで家族延いては地域の健康レベルの向上を図ろうとする戦略であった。具体的には保健所職員が各世帯の MBNs を調べ、これを村落単位に集計する。これをヘルス・データ・ボード（以下、データ・ボード）と称する。1990年代前半に打ち出されたデータ・ボード戦略は、実際にはほとんどの地域でデータ・ボード作成に留まり、これを保健活動に利用し生活改善しようとする本来の目的が忘れたままになっていた。ところが、ルソン島中部にあるターラック州保健局はデータ・ボードの有効利用に気づき、著者らの協力を得て州内のサ

ンホセ町をモデルサイトとし、データ・ボードの活用を行政と住民による地域づくりの活動へと結びつけようと計画したのである。

始めに自治体職員がデータ・ボード本来の趣旨を学習することから開始した。次に住民各層から代表が招集され、保健所職員からデータ・ボードの利用法が講義された。こうした基本概念の共有化を経てから、本格的な自治体と住民との協議が始められ、今日に至っている。協議の場では次の2点を常に心がけてきた。第一は、住民が受身ではなく主体的に参画するには行政と住民のそれぞれの責任と役割を明確化する必要があること。第二は、できる限り討議内容を具体化することに努めることである。システムづくり、政策論議はとかく目標、目的が抽象的になり易いので、実際的な行動計画を立てることが必要となる。開始からこれまでの道のりは試行錯誤の連続であった。しかし、州保健局、町保健所、住民各層の意思疎通は良好となり、これまで受動的であった住民の積極的参加が得られるようになってきたことは大きな成果といえる。

一部の草の根活動を除いて、従来の途上国における行政の関わる保健活動は、行政側からの一方的保健医療サービス提供に終始する嫌いがあった。住民もその受け皿として組織されることが多かったように思われる。だが前述の試みは、データ・ボードの結果とその活用を討議する過程を通して行政と住民双方の主体性が向上し（教育的側面）、彼ら自身の知恵によって地域をより健康的な状態へと政策的に変革していこうとする営みであり（政策・環境的側面）、HPの一例と言えるであろう。

Ⅶ 結 語

PHCとHPの基本概念を詳細に検討すればするほどその共通なことに驚かされる。あえてその差異を論じるとすれば、向ける関心の中心が異なるということになろう。PHCはいまだに予防可能な感染症が猛威を振るい貧困に苦しむ途上国の健康問題を直視しその緊急対応を優先させることに関心があるとすれば、HPは人々の能力を付与し健康指向の環境を整備するという時間がかかるが堅実な歩みに関心を置いている。一刻を争う緊急性はないが多様でより複雑化した先進国の公衆

衛生の問題を解決するには、人を変え環境を変えるという根本的な対策が求められているからであろう。特に、健康に無関心な層をも巻き込む必要性がある。だが、繰り返しになるがHPのこうした戦略は途上国にも必要なことである。これは人間開発の理念に適っている。

日本の国際協力事業団（JICA）は、前述のデータ・ボードを活用した行政と住民の協調によるHPの実験を更に発展させた「Community Health Promotion Project」を、フィリピンのベンゲット州で新たに開始する計画を立案している。PHCとHPを合体させた新たな国際協力の試みとして注目されよう。

（受付 2000.12.22）
（採用 2001. 5.21）

文 献

- 1) WHO, UNICEF. Report of the international conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, Geneva, 1978.
- 2) WHO. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.
- 3) 島内憲夫, 訳. 21世紀の健康戦略2, ヘルスプロモーション—WHO:オタワ憲章一, 東京:垣内出版, 1990.
- 4) 島内憲夫, 助友裕子. ヘルスプロモーションのすすめ—地球サイズの愛は, 自分らしく生きるために, 東京:垣内出版, 2000.
- 5) 片岡幸彦, 編. 人類・開発・NGO, 「脱開発」は私たちの未来を描けるか, 東京:新評論, 1997.
- 6) 松田正己, 島内憲夫, 編著. みんなのためのPHC入門, 東京:垣内出版, 1993.
- 7) Som-arch Wongkhomthong. Health problems in developing countries and basic concepts for solving them, Technology and development; 1998; 11: 11-17.
- 8) 大谷藤郎, 監訳, 清水嘉与子, 中谷比呂樹, 訳. プライマリ・ヘルス・ケアの行動指針—WHOの健康戦略一, 東京:メヂカルフレンド社, 1983.
- 9) 藤崎清道. ヘルスプロモーションの概念と今日的意義, 公衆衛生研究, 1999; 48(3): 178-186.
- 10) Hancock, T., Lalonde, M. Looking back at “A new perspective on the health of Canadians”. Health Promotion, 1986; 93(1).
- 11) 島内憲夫, 訳. 21世紀の健康戦略3, ヘルスプロモーション—戦略・活動・研究政策一, 東京:垣内出版, 1992.
- 12) Kickbusch, I. Involvement in health —A social concept of health education—, International Journal of health education. 1981; 24(4).

- 13) マジュトン・キックブッシュ, ヘルシー・シテ
ィーズ—新しい公衆衛生をめざして—, 島内憲夫,
訳. 東京: 垣内出版, 1994.
- 14) Green, L., Kreuter, M. Health promotion planning
—An educational and ecological approach— third edi-
tion. California: Mayfield publishing company, 1999.
- 15) WHO 編, 川畑徹朗, 西岡伸紀, 高石昌弘, 石川
哲也, 監訳, JKYB 研究会, 訳. ライフスキル教育
プログラム, 東京: 大修館書店, 1997.
- 16) 国際協力事業団医療協力部. JICA プライマリ・
ヘルスケアの手引き—すこやかな地域社会を目指し
て—, 東京, 1998.
- 17) World Bank. World development report, New York:
Oxford university press, 1991.
- 18) マイケル・P・トダロ, 岡田靖夫, 監訳, OECD
開発経済研究会, 訳. M・トダロの開発経済学—第
6版, 東京: 国際協力出版会, 1997.
- 19) Rostow W. The process of economic growth, Oxfors:
Clavendow press, 1953.
- 20) Pearson B., et al. Partnners in development: Report
of the comission on international development, 1969.
- 21) Meadows, Donella H., Dennis L., Meadows and Jar-
gen Randers. The limits of growth, 1972.
- 22) ILO. Employment, growth and basic needs; A one
world problem, Geneva, 1976.
- 23) 西川 潤, 編者. 社会開発—経済成長から人間中
心型発展へ—, 東京: 有斐閣選書, 1999.
- 24) マブール・ハク, 人間開発戦略—共生への挑
戦, 植村和子, 佐藤秀雄, 澤 良世, 富田晃次, 小
山田英治, 訳. 東京: 日本評論社, 1997.
- 25) UNDP. Human development report 1990, New
York: Oxford university press, 1990.
- 26) 外務省, 監訳. 国際人口・開発会議「行動計画」
—カイロ国際人口・開発会議(1994年9月5-13日)
採択文書—, 東京: 世界の動き社, 1996.
- 27) Schumacher E. Small is beautiful, London: ABA-
CUS, 1974.
- 28) 山本幹夫. 監訳, 島内憲夫, 編訳. 21世紀の健康
戦略1, ヘルス・フォー・オール—38の到達目標,
東京: 垣内出版, 1990.

SIMILARITY BETWEEN PRIMARY HEALTH CARE AND HEALTH PROMOTION

Motoyuki YUASA* Shigeru SUGANAMI^{2*} Toshitaka NAKAHARA^{3*}

Key words : Primary health care, Health promotion, Social development, Human development

Primary Health Care is recognized as a core health strategy in developing countries, proclaimed by the Declaration at Alma-Ata, while for industrialized countries, Health Promotion was stated in the Ottawa Charter. The concept of Primary Health Care, having been influenced by the Social Development movement for basic human needs in the 70 s, is almost entirely consistent with Health Promotion, which is in accord with the principles of Human Development pronounced in the late 80 s through the 90 s. Thus, Health Promotion could be developed as a health strategy also in developing countries while Primary Health Care could similarly be adopted as a health strategy in the industrialized world.

*JICA Family Planning/Maternal and Child Health Project in the Philippines

^{2*}The Association of Medical Doctors of Asia

^{3*}Department of Public Health, Graduate School of Medicine, Kyoto University