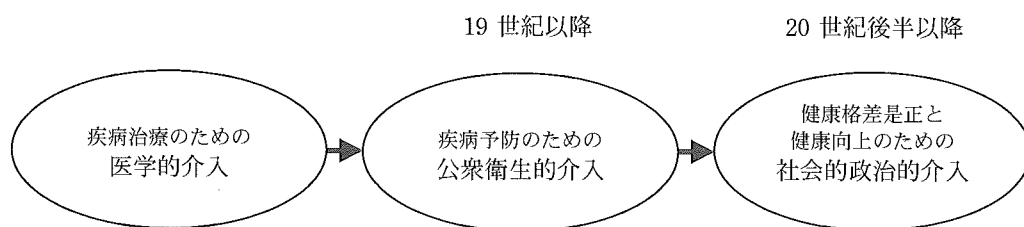


図1 健康への介入の歴史的変遷



無かったためと思われる。著者は両者を比較検討することによりその理念をより深く理解することができるのではないかとこの立場から、両者を対峙させた政策分析を試みたいと思う。その意図は次の理由による。

第1は、著者の個人的体験に基づく。日本の保健所勤務を経て国際保健に従事することになった経歴を持つ著者は、我が国の公衆衛生においてPHCとHPが棲み分けられているという印象を持っている。我が国の地域保健でHPが華やかに論議されているのとは異なり、日本人の国際保健従事者の中心議題はあくまでPHCであってHPが話題となることは極めて稀である。国際保健と言えども途上国の地域保健にかわりないと考える著者にとって、同じ公衆衛生の中でPHCとHPを棲み分けしていることには違和感を禁じえない。こうした個人体験が両者を対比させる問題を提起する契機となった。

第2に、時に概念上PHCとHPの交錯がみられる点である。「住民参加」と言う語一つ取っても、関心の違いによってこれを「PHCの基本的特徴」とする者もあれば、「HP的アプローチ」と表現する者もある。前稿で論じたように「住民参加」は両者に共通の概念であって³⁾、これをもってPHCとHPを概念上区別することはできないであろう。概念の比較は両者の本質的差異を際立たせ、概念交錯の混乱を回避することに役立つと思われる。

第3に、両者の比較は21世紀の新たな健康政策を生み出す土壌を醸成させるためにも不可避の意義がある。後述するように、今後の特に開発途上国には深刻な保健問題が山積することが予測され、こうした問題への対処指針を考案していくことは国際保健に果たされた最大の試練と思料され

よう。一方、先進国の健康問題もより複雑化を極めつつあり、展望と指針が強く求められている。前世紀に打ち立てられたPHCとHPという財産は、これからの新しい公衆衛生を考えていく出発点であると思われるからである。

Ⅲ PHCとHPの定義の解釈

両者の比較の前にそれぞれの定義を確認しておかねばならない。表1は原典におけるPHCとHPの定義の一部抜粋である。だが、とかく原典の定義は抽象的表現で多様な解釈の余地を残すように記述されるものである。立場や状況の異なるあらゆる国々が承諾する国際約束ともなればなおの事であった。

特にPHCに関してはアルマ・アタ会議直後からPHCの解釈をめぐる相違が生じた。いわゆる「包括的(Comprehensive)PHC」と「選択的(Selective)PHC」として知られる論争である⁴⁾。人々の健康水準の向上には、小手先の保健技術・サービスの改革に止まらず住民主体の包括的社会改革の必要性を主張する前者に対して、後者の立場は包括的PHCへの暫定的戦略として対費用効果が高くすでに手法が開発されている特定の保健戦術を選択的に用いようとするものであった。選択的PHCを支持する者は実利のかつ技術的立場から、包括的PHCが理念先行の漠然とした戦術しか持ち合わせていないと批判した。一方の包括的PHCの支持者は、選択的手法では保健医療を住民主導へ移行させるという本来の目的が達成されず、保健サービスの実施機関は縦割りのままに留まると反論した。両者への折衷策も提唱されてはきたが⁵⁾、理想と現実の狭間で論争は今日まで続いている⁶⁾。

本稿の目的はPHCの包括的か選択的かの吟味

表1 原典におけるプライマリ・ヘルス・ケアとヘルス・プロモーションの定義 (一部抜粋)

アルマ・アタ宣言前文にある PHC の定義

プライマリヘルスケアとは、自助と自決の精神に則り、地域社会または国が、開発の程度に応じて負担可能な費用の範囲内で、地域社会の個人または家族の十分な参加によって、彼らが普遍的に利用できる実用的で科学的に適正で、かつ社会的に受け入れられる手順と技術に基づいた欠くことのできないヘルスケアのことである。

(斎藤勲氏訳)

Primary Health Care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination.

オタワ憲章前文にある HP の定義

ヘルス・プロモーションとは、人びと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である。

(島内憲夫氏訳)

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health.

ではなく PHC と HP の比較分析であるので、その議論を複雑化しないために適宜、包括的 PHC と選択的 PHC 双方の解釈を採用したことを予めお断りしておく。

IV PHC と HP の共通点

健康の定義、住民参加、保健以外のセクターとの関連など多様な視点で PHC と HP には多くの基本概念に共通点があることは前稿で述べた³⁾。詳細は前稿に譲るとして、本稿では特に次の2点の共通理念を再度確認しておきたい。

第1に両者はともに、保健サービス提供という狭小な領域に縛られず、健康に影響を及ぼし得る文化、社会、経済および政治と言う広範囲な領域への関与を問題視し言及している点である^{6,7)}。貧富の格差、情報へのアクセスの不平等、政治的意思の存在など保健セクターを越えた条件・要因への介入まで包括しなければ、今日ある健康問題は解決できないとの認識が両者の根底にはある。緒言で述べたように健康への介入の歴史上、両者は新たに「健康への社会的・政治的介入」へ踏み出した先駆的指針であった、と言えるのはこのためである。

第2点は、両者とも健康維持向上を決して個人への責任転嫁とせず社会的政治的責務に帰結させている点である。PHC は特に貧困者、社会的弱者の健康向上に地域あるいは政府の責任性を強調し、国家的保健システムへの統合の必要性を主張している⁸⁾。一方の HP は健康教育の押し付けに

よる個人介入への傾斜を止め、同時に地域社会の連帯により個人の健康指向を支援する環境を整備していくことの重要性を提示している⁷⁾。

第1および第2の共通点に、健康は基本的人権であり公正、社会正義および平和の基盤の上に成り立つものであるとの認識をみることができる。後述するように両者が相違点を持つとしても、健康の観点から見た公正で社会正義のある平和な社会を実現しようとする目標は共通であって、そこへ至るプロセスが異なるに過ぎないことを忘れてはならない。

V PHC と HP の相違点

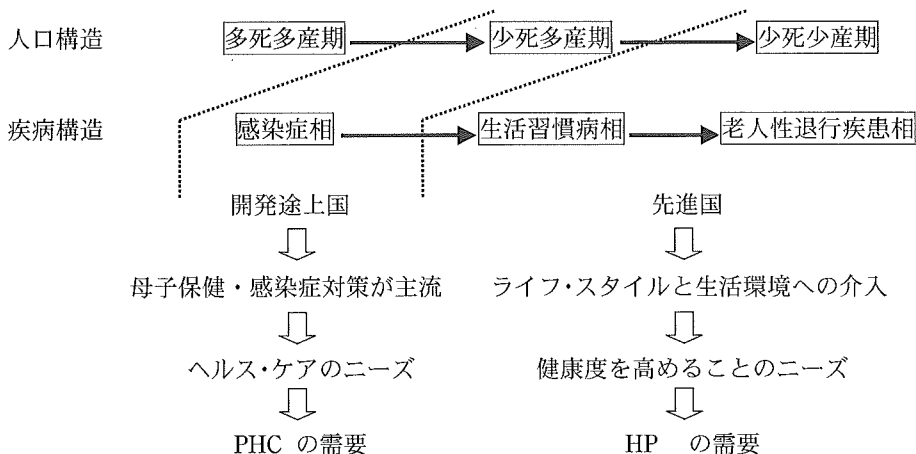
違いのあることが双方の固有の価値を高めるのであれば、相違点の探求は意義がある。本稿では特に二つの側面から相違点を抽出したい。

1. 人口・疾病構造から見た相違点

経済状況と生活環境の変化によって、人口構造は「多死多産期」から「少死多産期」を経て「少死少産期」へ移行することが知られており、この人口転換は先進国のみならず開発途上国においても同様の経過を経て現れると考えられている。一方、疾病構造は「感染症相」から「生活習慣病相」と「老人性退行疾患相」へ移行することが先進国では認められたが、同様の経験則が果たして開発途上国に適用するかどうかは疑わしい。未だ感染症を克服できていないままに「生活習慣病相」が出現し並存しつつある状況にあるからである。

いずれにせよ、21世紀初頭現在多くの開発途上

図2 人口構造・疾病構造から見たPHCとHPの相違点



国は「少死多産期」と「感染症相」の時期にある。このため、優先すべき健康課題は母子保健対策と感染症対策であり、妊産婦ケアや乳幼児ケアあるいは感染症患者へのケアなどの「ヘルス・ケア」がニーズの主流を占めている。したがって、この「ヘルス・ケア」を主体としたPHCこそ（表1の定義を参照のこと）、昨今の開発途上国には不可欠な戦略といえることができる。

これに対して先進国は「少死少産期」と「生活習慣病相」および「老人性退行疾患相」にある。生活習慣病や加齢による退行疾患への対応は事後対応としてのヘルス・ケアだけではもはや太刀打ちできず、社会全体としてライフ・スタイル全般をより健康へと指向させた事前対応も重要となり、その実施には個人とそれを取り巻く環境双方の「健康度（ヘルス）を高める（プロモーション）」ことにまで踏み込んだ対策が希求されるようになった。ここにHPが生まれたのである。

畢竟、第1の相違点は文字通り、PHCが「ヘルス・ケア」であるのに対してHPが「ヘルスのプロモーション」という点である（図2）。「ヘルス・ケア」は元来、疾病治療や疾病予防というように疾病を回避するヘルス・プロテクション Health Protection の概念と関連しているのに対して、「ヘルスのプロモーション」は健康へのより積極的接近という考え方に立脚している⁹⁾。

なお、この相違点におけるPHCの解釈は「選択的PHC」を念頭においてあり、「アルマ・アタ

宣言」に列挙されている母子保健と家族計画など8項目の具体的分野における「地域の主要な健康問題に焦点を当てた」活動を想定している^{1,10)}。

2. 社会政治構造からみた相違点

1950年代以降相次いで独立を達成していった途上国では、専ら先進医療を模倣する先進国型医療体制の整備に過大な財政が配分されていた。しかし、こうしたやり方は一部の裕福層に恩恵を享受させるだけであって、大多数の貧困層の健康改善に貢献しているとは言えなかった。また、こうした不公平を黙認し先進医療を優先させようとする官僚や企業の存在が改善の障害ともなっていた¹⁰⁾。公正と社会正義の精神に欠く先進医療へ傾斜した投資に疑問を呈していた世界保健機関WHOのH. Mahlerらは、病院中心の先端医療に対抗する新たな方策を構築する必要性を痛感していた。

その頃中国では文化大革命が勃発し、毛沢東によって裕福層の既得権益や権威が徹底的に否定され始めていた。彼は医師も専門家と言う権威の衣をまとった知識人であるとの理由から、彼らを医科大学や大病院から追い出し社会の底辺にいる人民のために奉仕するよう強要した。毛沢東の政治理念に基づき医学教育の大改革も断行され、中でも注目されるのが赤脚医生（いわゆる裸足の医者）の養成であった^{10,11)}。短期間の医学教育を修学した彼らは、農業を営む傍ら医療と公衆衛生活動に従事した。共産主義的政治理念から生み出された

赤脚医生制度ではあったが、結果的に多くの貧しい国民の保健医療の改善に貢献していったのである。

WHOは予算をかけずに健康改善を可能とした中国の事例をモデルとし、さらに中南米や南アジア諸国で展開された地域住民主体の保健活動(Community-based health program)における活動手法⁶⁾やSchumacherらによる「適正技術(appropriate technology)」¹²⁾の考え方を導入することでPHCを理論武装し、「アルマ・アタ宣言」へと漕ぎ着けたのである。

かかるPHC形成過程の歴史を辿ると、PHCの本質を「保健医療の知識、技術、制度を社会化もしくは民衆化」することと表現することが可能と思われる。すなわち、医師や行政官ら専門家によって発見し開発された科学としての保健医療の知見(厳密には伝統的医療や民間療法のうち科学的に効果の確かめられている知見も含む)やその社会的活用方法を、彼ら専門家が独占することなくその恩恵を誰もが利用できるように加工(適正技術化)することにより、民衆自身の手で委ねることができる。こうした一連の技術的また社会政治的努力がPHCの核心であると思われる。

前述のように「アルマ・アタ宣言」が提唱された当時のほとんどの開発途上国には、医療専門家、政治家、高級官僚、軍部や製薬会社、医療機器会社など保健医療を独占支配する権益集団の存在があった^{6,13)}。そこで宣言は、「保健医療を民衆化」するためには、こうした権益集団の既得権を剥奪し、社会に公正・公平に保健医療の主導権を還元しようとする強固な政治的意思が不可欠であると主張した^{1,6)}。政治意思を誘導するために、健康が基本的人権であることを謳うことで国家の責任を正当化させ、また国の均一な国家システムにPHCを位置付けることで実現化を政府に約束させたのである。

なお、このような社会的政治的意図を強調したPHCの捉え方は「包括的PHC」を主として念頭に置いたものである。しばしば「包括的PHC」が理想的で非現実的であるとの中傷を受けることがあるが、それはコミュニティを基盤とした活動でありながら国家のイニシアティブを必要としている矛盾点を包含しているからであろう。

一方HPの基本概念は、保健行動変容理論¹⁴⁾の

発達が後押しした栄養、運動、休養など狭義のヘルス・プロモーションであるアメリカ流健康増進の潮流と、社会的政治的介入の要素を視野に入れた欧州由来の考え方が合流して形成された¹⁵⁾。すなわち、健康教育的側面と健康政策的・環境的側面双方からのアプローチにより^{16,17)}、社会、地域、学校、職場、共通利害の集団、家族そして個人のあらゆるレベルを健康へと指向させることがHPの本質と言える¹⁵⁾。このため、HPは「個人およびそれを取り囲む社会の保健化もしくは健康指向化」と表現できると思われる。

社会政治構造の視点から見た場合、HPあるいはその概念に派生した「ヘルシー・シティーズ構想 Healthy Cities Project」¹⁸⁾が主に先進国の地方自治体に広く受け入れられていった背景には、1980年代欧米に始まった社会構造改革の趨勢があったと思われる。アメリカのレーガン政権や英国のサッチャー政権は地方分権化と民営化を強力に押進め、中央政府による統制を緩和した¹⁹⁾。分権化と民営化は保健医療サービスの地方や公私の格差を惹起した反面、地域性に根ざし個性的な保健活動を展開する好機を地域社会へ提供することとなった。「社会を保健化」するHPは技術論上、全国画一的に実施されるよりも地方・地域規模で運営することに適しており、また地方展開により保健セクター以外の分野と連携することが容易となるなどの理由がある。こうしたHPの特質が自治体や地域社会へのHPの浸透に弾みをつけたものと考えられる。

結局第2の相違点は、社会的政治的生い立ちの違いから来るものである。公正と正義を希求する戦いから誕生したPHCが力強く「保健医療を社会もしくは民衆のものとする」のであれば、健康を望む個人を環境的にも支えようとする発想から生み出されたHPは包容的に「個人と社会を健康指向させる」ことが、両者の相違点といえよう(図3)。

VI 相違点の意味すること

前項で論じたように、HPは人口及び疾病構造転換による需要とあるいは社会政治の構造改革による分権化を背景に登場した。このため、これら3構造の変遷を時系列でとらえると、恰もPHCからHPへ健康政策が移行しているかに見える。

図3 社会政治構造から見た PHC と HP の相違点

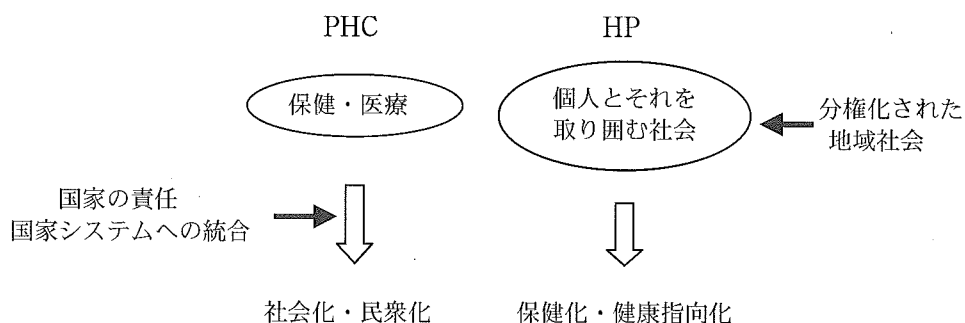


表2 開発途上国と先進国における PHC と HP の促進要因

	PHC が促進される理由	HP が促進される理由
開発途上国	<ul style="list-style-type: none"> ヘルス・ケアが主流のニーズ 貧困層主導の保健医療 	<ul style="list-style-type: none"> ヘルスのプロモーションのニーズが高まる 社会・人間開発との連動 ヘルスセクター・リフォームの影響
先進国	<ul style="list-style-type: none"> PHC の理念を活かす患者本位の地域医療 PHC の理念を活かす住民主体の保健活動 	<ul style="list-style-type: none"> ヘルスのプロモーションが必要な健康課題 構造改革による地方分権化の影響

しかし、著者はこの移行をパラダイム・シフトとは考えていない。むしろ健康政策が重層化あるいは深化したととらえ、PHC と HP の両者が先進国と途上国を問わず全地域に必要であると考えている。その理由は表2に列挙するように、両者ともに途上国と先進国双方の需要に不可欠な指針を提示していると思われるからである。

開発途上国に PHC が必要であることは既に述べた。ここでは途上国の健康課題への対処にも HP 的アプローチが必要となりつつあることについて検証したい。

まず第1に、人口構造と疾病構造の転換が HP による対策の必要性を促しつつある点である。前述の通り、多くの途上国で感染症が克服されぬうちに生活習慣病が急増している（これを「二重の負担 Double burdens」と呼ぶことがある）。同時に、20世紀後半以降の人口急増の時期に誕生した世代が老年期を迎える21世紀前半後期には、途上国にも高齢化社会が到来すると推測されている²⁰⁾。つまり、今後20～30年以内に多数の途上国はほぼ確実に、感染症の存在と生活習慣病の急増に加え巨大な人口と高い高齢化率を背負うことになる（著者はこれを「四重の負担 Tetra burdens」

と呼ぶことを提唱したい）。こうした近未来社会では、今日の先進国のようにヘルスの積極的なプロモーション的アプローチのニーズが高まる筈である。

第2点目は前稿でも論じたように³⁾、従来の社会開発に加えて1990年以降登場した人間開発^{21,22)}は人間の能力向上への投資と環境への働きかけを重視するものであり、これはHPと同様のアプローチである。つまり、社会人間開発の理念に一致するHPが開発現場で理解し定着されやすい状況になってきたと言える。例えば、前稿で著者らの事例として取り上げたヘルス・データ・ボードを活用した活動もその具体例と見ることができる³⁾。

最後に、今日開発途上国で広く展開されている保健医療改革いわゆるヘルス・セクター・リフォーム (HSR) による影響を無視することはできない^{11,23,24)}。1980年代債務危機に見舞われた途上国は世界銀行や国際通貨基金 IMF の勧告に従い構造改革を実施し、その一環として HSR を展開してきた。その基本は米英の構造改革と同じように保健医療の分権化と民営化である。HSR の元に保健本省の権限が地方自治体保健局に委譲さ

れたが、地方行政のマッパワァーや財政は弱体のままに放置されていたので、90年代には世界的に地方の保健医療水準が大きく後退した。特に予防接種率の低下によって乳幼児死亡率が増加に転じた国も少なくなかった¹³⁾。保健省と国家保健システムの支えを失ったPHCは、その「保健医療の社会化」を実行することが困難となったのである。こうした中央政府の弱体化を背景に、米国国際開発庁USAIDなど各国ドナァーや国連児童基金UNICEFなどの国際援助機関は、地方自治体の政策能力向上に支援の主軸を置き換え「社会を健康指向化」するHP的アプローチの活動を実施するようになってきている。例えば、1999年に開始されたUNICEFのフィリピン国別5ヵ年計画²⁵⁾では、下痢対策などの選択的PHCではなく、むしろ住民参加による子どもの生存と発達に優しい町づくり支援²⁶⁾を最重点課題に取り上げた。

以上が途上国でもHP的視点が要求されて来ている根拠である。

次に先進国でHPが重要な指針であることは前述の通りであるので、ここでは先進国におけるPHCの持つ理念の適応に焦点を当てて論じたい。

本稿でPHCを「保健医療の社会化・民衆化」とする表現は、PHCの本質が保健医療の主導権を専門家から受益者に手渡すことであり、従って受益者の固有のニーズに適したヘルス・ケアが受益者の意向で実施されることを意味している。この考え方は、正に患者本位の医療や住民主体の公衆衛生活動に他ならない。医療専門家の都合に合わせた押し付けの医療はPHCとは言えず、行政側の思惑で実施される保健事業もPHCとは言えないのである。専門家は飽くまで補助者や脇役でしかなく、受益者本位の保健医療の在り方をPHCの理念は教示している。

例えば我が国のPHC活動の草分けとして、しばしば長野県佐久総合病院での活動を紹介されることがある。病院職員が町村へ直接赴き住民の健診事業を実施したり、職員による演劇を通した健康教育や病院を一般市民に開放した病院祭など、今日では日常的によく見られる活動ではあるが、1950年代当時としては極めて珍しい試みであった²⁷⁾。佐久病院がPHCの事例と称される所以は、「農民とともに」をスローガンに農村固有の健康問題を直視し農民のための医療と保健にこだ

わり続けたからである²⁸⁾。

繰り返しになるが、PHCの本質である「保健医療の民衆化」を「保健医療を受益者本位へ」と換言するならば、先進医療の現場であるいは先進国の地域医療や地域保健の現場でもPHCの理念を生かすことが可能である。このように考えると、先進国に未だ否今後ともPHCが必要とされる理由が分かるであろう。

Ⅶ 結 語

著者は前稿において社会開発・人間開発の視点からPHCとHPの共通点に着目し、その基本的理念の共通性ゆえ開発途上国にもHPのアプローチが必要であることを論じた³⁾。翻って本稿では人口・疾病・社会政治構造の視点から両者の相違点を明らかにし、相違があるがゆえに両者の固有の価値が途上国と先進国の双方に適応されるべきこと、あるいは相違性ゆえ途上国にHPが必要であることの論証を試みたつもりである。

このように前稿および本稿の目的はPHCとHPの比較検討であったが、その本意は次世代の健康政策を考察する布石とすることにあった。PHCとHPを両輪として健康への介入を持続すべきなのか、あるいはヘーゲル流弁証法的にPHCとHPから新たな理念を創出すべきなのか。この命題を論じていくには、両者の何が共通点であり何が相違点であるかを一度論理的に検証することが必要であると思ったからである。

(受付 2001.12.21)
(採用 2002.5.16)

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) 湯浅資之, 菅波 茂, 中原俊隆. 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模索—, 日本公衆衛生学雑誌, 48(7): 513-520, 2001.
- 4) J. Walsh, K. Warren, Selective primary health care: An interim strategy for disease control in developing countries, New England Journal of Medicine 301: 967-974. 1979.
- 5) W. Mosley, Is there a middle way? Categorical pro-

- grams for PHC, Social Science and Medicine, 26(9): 907-908. 1988.
- 6) デイヴィッド・ワーナー, デイヴィッド・サンダース著, 池住義憲・若井晋監訳. いのち・開発・NGO—子どもの健康が地球社会を変える—, 東京: 新評論, 1998.
 - 7) 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—, 東京: 垣内出版, 1990.
 - 8) 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.
 - 9) ノラ・ペンダー, 小西恵美子, 監訳. ペンダー・ヘルスプロモーション看護論, 東京: 日本看護協会出版会, 1997.
 - 10) J. Fry, J. Hasler, Primary Health Care 2000, London: Churchill Livingstone, 1986.
 - 11) ポール・パッシュ, 梅内拓生, 監修, PHC 開発研究会, 翻訳. パッシュ国際保健学講座, 東京: じほう, 2001.
 - 12) Schumacher E. Small is beautiful, London: Abacus, 1974.
 - 13) 国連児童基金, ユニセフ駐日代表事務所, 訳. 世界子供白書1995, 日本ユニセフ協会, 1994.
 - 14) K. Glanz, F.M. Lewis, B. K. Rimer. Health Behavior and Health Education, Theory, research, and Practice 2nd Edition, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997.
 - 15) 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—, 東京: 垣内出版, 1992.
 - 16) Green, L., Kreuter, M. Health promotion planning—An educational and ecological approach— third edition. California: Mayfield publishing company, 1999.
 - 17) 武藤孝司, 福渡 靖著. 健康教育・ヘルスプロモーションの評価, 東京: 篠原出版, 1994.
 - 18) マシュトン・キックブッシュ, 島内憲夫, 訳. ヘルシー・シティーズ—新しい公衆衛生をめざして—, 東京: 垣内出版, 1994.
 - 19) 田中直毅. 構造改革とは何か, 東京: 東洋経済新報社, 2001.
 - 20) 黒田俊夫, 監修, 家族計画国際協力財団, 訳. 世界人口白書1998, 東京: 世界の動き社, 1998.
 - 21) 西川 潤, 編. 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.
 - 22) マプーブル・ハク, 植村和子, 佐藤秀雄, 澤良世, 富田晃次, 小山田英治訳. 人間開発戦略—共生への挑戦, 東京: 日本評論社, 1997.
 - 23) Asian Development Bank, Health sector reform in Asia and the Pacific: Options for developing countries, Manila: ADB, 1999.
 - 24) University of the Philippines School of Economics, Asian Development Bank. Health sector reform in Asia, Proceedings of a regional conference. Manila: UP, 1995.
 - 25) Government of the Philippines, UNICEF. Master Plan of the programme of cooperation for child survival, protection, development and participation in the Philippines 1999-2003, Manila: NEDA, CWC, UNICEF, 1999.
 - 26) UNICEF in the Philippines. What Barangay Officials can do to set up a child-friendly locality, Manila: UNICEF, 2001.
 - 27) 南木佳士. 信州に上医あり—若月俊一と佐久病院—, 東京: 岩波新書, 1994.
 - 28) 若月俊一. 村で病氣とたたかう, 東京: 岩波新書, 1971.

DIFFERENCES BETWEEN PRIMARY HEALTH CARE AND
HEALTH PROMOTION
FROM THE ASPECTS OF POPULATION, DISEASES,
AND SOCIAL-POLITICAL STRUCTURES

Motoyuki YUASA*, Tomoya YOSHIDA^{2*}, Shigeru SUGANAMI^{3*}, and Toshitaka NAKAHARA^{4*}

Key words : Primary health care, Health promotion, Social and political intervention on health

Primary Health Care (PHC) and Health Promotion (HP) have been adopted as core health strategies for socio-political interventions. Although the two have a lot of similarities in terms of concepts, they, nevertheless, have their differences. The first difference lies in the population and diseases perspectives that PHC and HP are literally defined as just ‘health care’ and ‘promotion of health’, respectively. The second difference, from a social and political point of view, is that PHC can be expressed as social and political efforts to make health knowledge, health care skills and the entire health service delivery system respond to the people’s needs and situations, while HP is a process in which individuals and their environment are geared toward the pursuit of healthy lifestyles. These differences strengthen the unique values of each strategy. HP, which is a form of social mobilization for health, is about catering to the needs of developing countries. On the other hand, the principle of PHC, which is beneficiary-oriented, is universally applicable for both developed and developing countries.

* Bureau of International Cooperation, International Medical Center of Japan

^{2*} JICA Philippines Office

^{3*} The Association of Medical Doctors of Asia

^{4*} Department of Public Health, Graduate School of Medicine, Kyoto University