

ヘルスプロモーション再考：その潜在力強化のために

神馬 征峰^{*1}

背景：1994年以降ポピュレーション・ヘルスの波が高まるにつれ、とりわけカナダではヘルスプロモーションが下火となり、ヘルスプロモーションの価値見直しの検討がなされてきた。注目すべき事項として、本稿では3つの課題をとりあげる。第1に「ヘルスのプロモーション」と「ヘルスプロモーション」の違い、第2にヘルスプロモーションにとって望ましいエビデンス、第3にヘルスプロモーションの発展過程についてである。

内容：第1に、「ヘルスのプロモーション」とは、健康を増進しようと思っている人すべてにあてはまる共通な言説である。一方「ヘルスプロモーション」は「健康に影響を及ぼすライフスタイルや生活状態を計画的に変容させていく」ための専門分野ととらえるべきである。第2にエビデンスに関しては、プロミスィング・プラクティス（有望実践例）がより適切であるとの動きがある。有望実践例とは、「ベスト・プラクティスと称するほどには十分（科学的に）評価されていないかもしれないけれども、輝きに満ち（illuminating）かつ心をゆさぶる（inspiring）実践例」である。最後に、ヘルスプロモーションの発展プロセスとして、ツリー型（樹木型）に対して、ヘルスプロモーション活動があちこちから生じるリゾーム型（地下茎型）の発展がみられている。

結論：公衆衛生分野においてヘルスプロモーションの定義をより専門的なものと捉え、有望実践例が、リゾーム型に発展していくプロセスに今後注目すべきである。

〔日健教誌，2013；21(3)：245-252〕

キーワード：公衆衛生，ヘルスプロモーション，有望実践例

I ヘルスプロモーションの危機

ヘルスプロモーションが危機に陥っている。第2次世界大戦後の健康教育の時代から、1974年のラロンド・レポートに始まるヘルスプロモーション全盛時代まではよかった。世界保健機関（WHO）が強いリーダーシップを発揮し、世界会議が次々と開催された。健康都市やヘルスプロモーション・スクールなどのイニシアチブも世界中で展開された。しかし、1994年、経済学者・Evansらの「Why are some people healthy and others not?（なぜある人たちは健康なのに別の人

たちはそうでないのか?）」¹⁾という本などに刺激されてポピュレーション・ヘルスの波が高まるにつれ、ヘルスプロモーションは下火となってしまった。例えばカナダでは保健省内のヘルスプロモーション局がポピュレーション・ヘルス局にとって代わられた²⁾。WHOの世界ヘルスプロモーション会議も不定期開催となった。1991年の第3回世界会議がスウェーデンのサンズバルで開催された後、第4回世界会議がインドネシアで開催されたのは6年後の1997年であった。ヘルスプロモーションの世界的なリーダーシップはどこにいったのか?今深刻に問われているところである³⁾。

このヘルスプロモーションの危機を乗り越えるべく、カナダを中心として、ヘルスプロモーション再考の動きがある。第1に、「ヘルスのプロモーション」と「ヘルスプロモーション」の違いを明

^{*1} 東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学教室

連絡先：神馬征峰

住所：〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1

TEL：03-5841-3698 FAX：03-5841-3422

E-mail: mjimba@m.u-tokyo.ac.jp

らかにし、ヘルスプロモーションをより限定的に定義し直そうという動きである。第2にヘルスプロモーションにとってのエビデンスのとらえ方を見直そうという動きである。根拠に基づいた医療(Evidence Based Medicine, EBM)に引きずられたエビデンスのとらえ方をそのままヘルスプロモーションでも踏襲するのか?あるいは、より実践的に使えるエビデンスの獲得をめざすのか?第3にヘルスプロモーションはどのように発展していくものなのか?樹木型に太い幹から細い枝へと階層的に発展していくのか?それともタケノコのように地下茎をはって自在に発展していくのか?むしろ後者ではないのかという動きがある。このような議論によって、ヘルスプロモーションの価値を見直そうとしている。本稿ではこの3つのポイントに注目してヘルスプロモーション再考のポイントを示していきたい。

II 「ヘルスのプロモーション」か「ヘルスプロモーション」か?

「ヘルスのプロモーション」か「ヘルスプロモーション」の違いはわずかのように見える。日本語だと「の」があるかないか、英語だと単語の順番が逆転してofが中に入るかどうかの違いである。しかしこれが大きな違いだという議論がある。この議論が生じた一つのきっかけは1994年のポピュレーション・ヘルスの台頭である。両者は以下にも触れるように極めて類似した概念である。ところが、行政官や経済学者にとってはポピュレーション・ヘルスの方が使い勝手が良い。特定の保健テーマにおいて成果を上げやすい。これらの理由によって、あれよあれよという間に、ヘルスプロモーションの地位は落ちてしまった。

O'Neillらによればその原因は、「ヘルスのプロモーション」と「ヘルスプロモーション」をごっちゃにしているからである⁴⁾。特に、オタワ憲章で掲げられたヘルスプロモーションの定義が広すぎる。ヘルスプロモーションとは「人々が自らの健康を、自らよりよくコントロールできるように

していくプロセス」という定義である。これはむしろ「ヘルスのプロモーション」のための定義であり、この広さゆえに、ヘルスプロモーションは独自のアイデンティティをこれまでもてなかった。ヘルスプロモーションをもっと独立させて、例えば医学や看護のような専門性をもった分野として、きっちり一人歩きさせるようにすべきではないか?そのためには定義を見直さなければならない、というわけである。

定義をはっきりさせるためには類似概念との比較が必要である。そこでヘルスプロモーションと健康教育、ヘルスプロモーションとポピュレーション・ヘルス、ヘルスプロモーションと公衆衛生の比較がなされる⁴⁾。

まずはヘルスプロモーションと健康教育についてである。健康教育の限界からヘルスプロモーションが発展してきたという歴史的経緯は繰り返す必要はあるまい。米国やフランスでは、ヘルスプロモーションという用語よりも健康教育の方が一般的に用いられる傾向がある。しかし、ヨーロッパ、オーストラリア、その他多くの国では、健康教育はヘルスプロモーションの中の一つの戦略としてとらえている。

次にヘルスプロモーションとポピュレーション・ヘルスである。この両者については、ヘルスプロモーションが革新的であるとかポピュレーション・ヘルスが保守的であるとかいう意見はある。しかしながら、つまるところ、大きな違いはない。いずれも「新しい公衆衛生」の動きを推進させるための盟友といってよい⁴⁾。その両者を組み合わせたポピュレーション・ヘルス・プロモーションという言葉ができてきていることから、理論的に両者が敵対する関係にあるということはない⁵⁾。

最後にくるのがヘルスプロモーションと公衆衛生の比較である。Breslowによれば、ヘルスプロモーションは第3の公衆衛生革命を担う役割を持っている⁶⁾。第1の公衆衛生革命とはサーベイランスを駆使した感染症対策である。第2の革命はサーベイランスに加えて予防対策を組み込んだ

慢性疾患対策である。そして第3の革命がサーベイランスと予防に加えてヘルスプロモーションが関わってくる。つまり、今ある健康状態を、よりポジティブな方向に高め、それによってよりよく生きる、生き甲斐を感じる、といったゴールをめざす対策である。つまりヘルスプロモーションは公衆衛生革命の歴史において、最も革新的である。

この3つの比較をもとに「ヘルスのプロモーション」と「ヘルスプロモーション」を比べてみよう。まず「ヘルスのプロモーション」についてである。これは日本語に直せば、健康を増進しようということであり、「新しい公衆衛生」とほぼ同義とみなしてよい。あるいはこれを「エコロジカルな公衆衛生」と呼んでもよい。一方「ヘルスプロモーション」はGreenらがいうように、健康に影響を及ぼすライフスタイルや生活状態を計画的に変えていくための専門分野である⁴⁾。具体的な戦略としては、個人に対しては健康教育、ソーシャルマーケティング、マスメディアがある。また集団に対しては政治活動、コミュニティ・オーガニゼーション、組織開発などがある。その方がヘルスプロモーションの専門性をより発揮できるであろう、というのが、O'Neillらの結論である。

日本でもこの方針を踏襲するか否か？それに先立って、日本では、Health promotion に対して、ヘルスプロモーションというカタカナをあてるべきか、健康増進という漢字を用いるべきかという議論がある。あるいは健康促進学と称すべきとの見解もある⁷⁾。例えば「健康推進」という漢字を使うとすれば、日本では、「健康の推進」とすべきか「健康推進」とすべきかを議論せよ、ということになる。

ヘルスプロモーションそのものがカナダのように危機的でない日本にとって、この議論はあまり意味がないように思われる。日本では、遅ればせながら「健康日本21」にヘルスプロモーションの概念が取り込まれ、「一次予防」と「健康を支援する環境づくり」が基本方針に掲げられている。各論をみると、「一次予防としての個人の健康生活習

慣づくりが主体となっているにすぎない⁸⁾、との批判はあり、この批判を乗り越えるべく環境づくりにももっと力をいれていくことが今後期待される。そしてそれは決して無理な話ではない。「健康の推進」か「健康推進」か、という議論よりも、ヘルスプロモーションは環境づくりを強化したヘルスプロモーションとしていかに推進していくのが日本にとっての課題である。

Ⅲ ヘルスプロモーションとエビデンス

「カナダのヘルスプロモーション」第3版(2012年)に新たに登場してきた言葉としてプロミシング・プラクティス(有望実践例)がある⁹⁾。これは同書の第2版(2007年)にはなかった言葉である。そして第3版においてはベスト・プラクティス(最適実践例)と有望実践例の対比がなされている。

1990年代半ばから臨床疫学などの影響を受けてヘルスプロモーションはEBMアプローチを余儀なくされてきた。しかし、2000年代となり無作為化対照試験(RCT)をゴールドスタンダードとするコクラン方式のエビデンスの使い方は、ヘルスプロモーションの実践、特にコミュニティ基盤型のヘルスプロモーションの実践評価にはふさわしくないという見解が主流になってきている⁹⁾。

ベスト・プラクティスとその類似活動例はすでにヘルスプロモーションのテキスト等でも紹介されている。要点をまとめるとボックス1のようになる^{10,11)}。

これに対して、有望実践例とは、「ベスト・プラクティスと称するほどには十分(科学的に)評価されていないかもしれないけれども、輝きに満ち(illuminating)かつ心をゆさぶる(inspiring)実践例」である⁹⁾。これは最適プロセス例や最適経験例に類似している。RCTなどによる強いエビデンスがなかったとしても、今手に入る最善のエビデンスを有効活用していこうという、ヘルスプロモーションの実践活動重視の側面がここでは強調されている。なお、これを成功させるためには

ボックス1 ベスト・プラクティスの類似活動例

- ① ベスト・プラクティス（最適実践例）
すぐれた（複数の）介入策を含むプログラム全体であり，RCTなどによって有効性が確立されたもの。
- ② ベスト・プロセス（最適プロセス例）
保健計画立案のプロセス，どこにでもあてはめられる計画そのものではない，その時入手可能な最善のエビデンスを対象集団の特性に合わせて適応させていくプロセス。
- ③ ベスト・エクスペリエンス（最適経験例）
過去，あるいは現在進行中のプログラム実施経験。

ボックス2 有望実践例成功の鍵⁹⁾

- ① リフレクシブ（深く考えられたもの）であること：そのために時間をとって自分の活動をよく振り返って見ること。
- ② 理論がベースにあること。
- ③ コンテキストを踏まえていること。
- ④ 企画・評価が参加型であること。

ボックス2に示すような要因が重要とされている。

ヘルスプロモーションに強いエビデンスを求めるのか，あるいは有望実践例のようにほどほどのエビデンスをもって先に進むのか？この議論は今後も続いていく可能性が高い。そこで，その議論を今後もフォローしていけるように基本事項を確認しておきたい。理論だけでなく実践も重んじるヘルスプロモーションにおいてはエビデンスのもつ2つの面を知っておくとよい。一つはエビデンスの強さであり，もう一つはエビデンスの重みである¹²⁾。

エビデンスの強さとはEBM方式のエビデンスのヒエラルキーに応じてエビデンスの強弱を決めようというものである。例えばRCTデザインによる研究成果は強いエビデンスであり，事例研究による成果はエビデンスが弱い，ということになる。一方，エビデンスの重みは，使い勝手によって決まってくる。あるエビデンスを自分の直面している課題に対して役立てられる場合，そのエビデンスには重みがあるということになる。より自然の状態に近い準実験的研究デザインによって得られた研究成果や実践者の経験・評価などから得られるエビデンスは，実際に役立つことが多く，そこには重みがある

これは内的妥当性（internal validity）と外的妥当性（external validity）という視点からもみることができ¹³⁾。研究者は内的妥当性を重視する傾向が強い。より強固なエビデンスを追及するからである。ところが，より強固なエビデンスというものは，よくコントロールされた実験的な状況下で作られる傾向が強い。それだけに実験環境が変わることによって，強固さはもろく崩れさることがある。実践者にとっては，エビデンスがどれだけ強固であるかと同じくらい，どれだけそれが実情に即しており，今実践者が働いている現場で使えるか，が重要なのである。そしてエビデンスの強さと重みを駆使しながら事業を展開していかなければならない。そこでその二つをうまく取り込んだ有望実践例が重要になってくる。

これは一種の妥協である。しかしながら実験環境を超えて，あるがままの自然な状況でヘルスプロモーションを実践していくためにたどりついた妥協点である。EBM方式のエビデンスの強さばかりに振り回されている世界のヘルスプロモーション研究者はこの動きを注視すべきである。一方，経済学者による比較的手軽なRCT駆使による貧困対策がインドなどの途上国で進められており注目されている^{14,15)}。この流れは今後強くなっていくかもしれない。どのようなエビデンスを創り上げるか，できあがったものをいかに使いこなしていくか，エビデンスの使い方に対する振り子の揺れに注目していきたい。

IV ヘルスプロモーションの発展プロセス： ツリー（樹木）型カリゾーム（地下茎） 型か？

ヘルスプロモーションは、オタワ憲章に書かれてあるような理念が樹木の大きな幹としてまず機能し、次いで枝をだし、葉を増やし、花が咲いて発展していくかのように思われていた。実際、まずは健康都市が世界中に広がり、ついで学校でのヘルスプロモーション・スクール、職場でのトータルヘルスプロモーションなどの実践活動が花開いていった。こうした領域設定型アプローチ（settings approach）は、他の課題設定型アプローチや特定集団設定型アプローチよりも有効であるとも言われてきた。

ところが、これまで繰り返し述べてきたように、1994年以来、ポピュレーション・ヘルス・アプローチが、花開いたはずのヘルスプロモーションの木に揺さぶりをかけてきた。その影響は大きく、ヘルスプロモーションの木は枯れてしまうかのような危機に陥った。

しかし大きく目を開いてみると、ヘルスプロモーション活動が、あちこちで起こっているらしいことがわかってきた。オタワ憲章はいう。「私たちは日々の暮らしの中で学び、働き、遊び、愛し合っている。健康はそのような暮らしの場で創られ、活かされている」。その暮らしの場は時代が進むとともに拡大してきた。新たな暮らしの場として、旅行、ショッピング、グーグルが加わってきた。今やスーパーマーケットがヘルスプロモーションの重要な活動領域となっている¹⁶⁾。こうしてビジネス領域において、また仮想空間においてですら、タケノコが生え出てくるようにヘルスプロモーション活動がおこっている。

これはまさにリゾーム型のヘルスプロモーションの成長といえるのではないか？「カナダのヘルスプロモーション：第2版」の中で Kickbusch が主張していることである¹⁶⁾。

リゾームとは、フランスの哲学者 Deleuze と

Guattari が提唱した概念である。日本語では根茎とか地下茎という訳がある。Deleuze と Guattari は「千のプラトー」¹⁷⁾の中でリゾームを以下のように描き出している。

「……リゾームには始まりも終点もない、いつも中間、もののあいだ、存在のあいだ、間奏曲なのだ。樹木は血統であるが、リゾームは同盟であり、もっぱら同盟に属する……（略）。どこへ行くのか、どこから出発するのか、結局のところ何が言いたいのか、といった問いは無用である。すべてをご破算にすること、ゼロから出発あるいは再出発すること、一つの始まり、あるいは基盤を求めるといふことは、旅と運動についての誤った考え方（方法的、教育的、秘儀伝授的、象徴的……等）を含んでいる……（略）。中間で、中間から出発して、入ったり出たりするのであって、始めることも終えることもない……〔略〕中間とは決して中庸ということではなく、逆に事物（もの）が速度を増す場所なのだ。事物（もの）のあいだとは、相互に一つのものからもう一つのものに及ぶ定位可能な関係を指すのではなく、一つともう一つを両方ともまきこんでいく垂直的方向、横断的運動を指すのだ。始めも終わりもなく、両岸を侵食し、真ん中で速度を増す流れなのだ」¹⁷⁾。

Kickbusch は「カナダのヘルスプロモーション：第3版」においてもリゾームについて語り、その具体例をも示している¹⁸⁾。とりわけリゾーム効果が表れているとされるのが、2013年の第8回世界ヘルスプロモーション会議のテーマでもあった「すべての政策に健康を（Health in All Policies）」である。

特にヨーロッパではオタワ憲章（1986年）にもでてくる「健康的な保健政策」がリゾーム効果を示してきた。オタワ憲章の中では「すべての分野において健康を政策決定者のアジェンダとするように」と提言している。その後、多くのヨーロッパ連合の公的政策文書に「健康的な保健政策」が組み込まれてきた。とはいふものの、それは必ずしもツリー型に、系統的に広がってきたわけでは

ない。どちらかというとなげノコが生え出るように広がってきた。エイズ、狂牛病、インフルエンザ、携帯電話の普及、その他さまざまな疾患の出現や社会の変化の中で、教育、農業、産業の発展にとって健康がどれだけ重要かが認識されてきた。そして、オタワ憲章を知らないかもしれない人々によっても、「健康的な保健政策」はさまざまな分野の中に取り込まれてきたのである。他にもリゾーム効果の事例はある。日本にもあるはずである。日本国内でヘルスプロモーションをこのリゾームというレンズを通して見たらどのような絵を見ることができるであろうか？これは読者の手にゆだねたいと思う。

V 伝える力

本稿は、ヘルスプロモーションの危機を身近に感じているヘルスプロモーション専門家による「カナダのヘルスプロモーション」第2版と第3版をもとに、特に注目すべきテーマを3つとりあげた。結論は、第1にヘルスプロモーションの定義をより狭く、専門的なものとして捉えること。第2にベスト・プラクティスにとらわれることなく有望実践例の研究と実践活用を今後もっと進めていくこと。第3にツリー型よりもリゾーム型のヘルスプロモーションの発展に今後注目すべきこと、である。

この議論を振り返ってみて感じるのはヘルスプロモーションの本来の目的に立ち返ることがいかに重要かということである。上記のヘルスプロモーションの狭い定義の中で述べられているように、行動変容のため、ライフスタイルや生活状態を計画的に変えていくことは重要である。しかし、個人や集団の健康レベルを低いところからより高いところにもっていくことのみがヘルスプロモーションの目的ではあるまい。オタワ憲章にも述べられているように、健康は日々の暮らしの資源としても捉えられるべきである。個人のレベルでは、たとえ一つや二つ病いがあっても、まだ残された健康を資源として用いて、いかにその上の

価値としての生きがいや幸せを手に入れられるか？そこが重要である。集団としては、さまざまな健康問題を抱えつつも、人々が生きがいやしあわせを追求していけるような社会を創り上げることが大切である。科学は、あるいは学術論文は、このようなヘルスプロモーションの目的をかなえるための一つの道具である。しかしそれだけでは足りない。研究で得られた知見を伝えるための道具も必要である。それは何か？

それはストーリーである。今回触れることのない「カナダのヘルスプロモーション」初版の序文もまた、第2版、第3版でリゾームに注目した Kickbusch によって書かれている。そのタイトルは「Tell me a story (私に話を聞かせて)」¹⁹⁾。そして冒頭の一文は「組織はデータから学ぶ；そして人々はストーリーから学ぶ」という書き出しで始まっている。研究者は研究をなし論文を書き、新たな発見データを作り出だすことに躍起になっている。それでいくばくか学問は前進するであろう。しかし、それだけで人々が動くとは限らない。ビジネスが動き出すとは限らない。さらに政治が動くとも限らない。データを活かすためには、ストーリーがなくてはならない。ヘルスプロモーションにとってもストーリーは今後もっと必要になってくるのではあるまいか？

「……あれは、話している最中のことだ。聴衆のなかの一人に目がとまった。その人は顔を輝かせて私の話を聞いていた。こういうことはときどきある。聞き手の顔が私のストーリーの力をすべて吸収し、ピカピカの鏡のように、その力を私に反射してくれるのだ。そんなとき、私は自分のストーリーが相手に伝わったのだとわかる。私という人間が相手に見えているのだとも思える。言い換えれば、聞き手との間に結びつきを築けたと確信できる」²⁰⁾。

これはビジネスにおける「ストーリー」の重要性について書かれた本の序文の一節である。健康教育・ヘルスプロモーションの分野で学ぶ私たちも、このような経験はよくあるのではないだろう

か？「人々はストーリーから学ぶ」，としたら，学び手として，まずは私たちが多くのストーリーを現場から聞きだし，そこからエビデンスを創り上げていくべきである．そして，ヘルスプロモーション研究によって大事なエビデンスが得られたら，それをもっともっとストーリーとして語るべきである．

文 献

- 1) Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not: the determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter, 1994.
- 2) O'Neill M, Rootman I, Dupere S, et al. The evolution of health promotion in Canada. In Rootman I, Dupere S, Pederson A et al. eds. Health Promotion in Canada: critical perspectives on practice. 3rd Ed. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 2012: 3-17.
- 3) Laverack G. Where are the champions of global health promotion? Global Health Promot. 2012; 19: 63-65.
- 4) O'Neill M, Stirling A. The promotion of health or health promotion? In O'Neill M, Pederson A, Dupere S, et al. eds. Health Promotion in Canada: critical perspectives. 2nd Ed. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 2007: 32-45.
- 5) Hamilton N and Bhatti T. Population health promotion: an integrated model of health and health promotion. Ottawa: Health Promotion Development Division, Health Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-ppsp/> (2013年7月25日にアクセス).
- 6) Breslow L. From disease prevention to health promotion. JAMA. 1999; 281: 1030-3.
- 7) 吉田亨. 健康教育学から地域健康推進学へ. 日本健康教育学会誌 2011; 19: 113-4.
- 8) 島内憲夫, 鈴木美奈子. 21世紀の健康戦略シリーズ6 ヘルスプロモーション—WHO: バンコク憲章. 東京: 垣内出版, 2012: 110.
- 9) O'Neill M, Pederson A, Dupere S, et al. Twenty-five years of developing the roots of health promotion in Canada: striking a balance. In Rootman I, Dupere S, Pederson A et al. eds. Health Promotion in Canada: critical perspectives on practice. 3rd Ed. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 2012: 293-307.
- 10) グリーン LW, クロイター MW. 神馬征峰訳. 実践ヘルスプロモーション—PRECEDE-PROCEEDモデルによる企画と評価. 東京: 医学書院, 2005: 199-200, 214-221.
- 11) Green LW. From research to "best practices" in other settings and populations. Am J Health Behav. 2001; 25: 165-178.
- 12) Green LW. PRECEDE-PROCEED and Re-AIM as frameworks for practice-based planning and evaluation: If we want more evidence-based practice, we need more practice-based evidence. CDC Oral Health Workshop, 2007. <http://www.astdd.org/docs/LarryGreenPresentationSelectedSlides.pdf> (2013年7月25日にアクセス).
- 13) Green LW, Glasgow RE. Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: issues in translation methodology. Eval Health Professions. 2006.
- 14) バナジー AV, デュフロ E. 山形浩生訳. 貧困の経済学. 東京: みすず書房, 2012.
- 15) カーラン D, アベル J. 清川幸美訳. 善意で貧困はなくせるのか. 東京: みすず書房, 2013.
- 16) Kickbusch I. Health promotion: not a tree but a rhizome. In O'Neill M, Pederson A, Dupere S, et al. eds. Health Promotion in Canada: critical perspectives. 2nd Ed. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 2007: 363-366.
- 17) ドゥルーズ G, ガタリ F. 宇野邦一, 小沢秋広, 田中敏彦, 他訳. 千のプラトール: 資本主義と分裂症(上巻). 東京: 河出書房, 2010: 13-61.
- 18) Kickbusch I. Understanding the rhizome effect: health promotion in the twenty-first century. In Rootman I, Dupere S, Pederson A et al. eds. Health Promotion in Canada: critical perspectives on practice. 3rd Ed. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 2012: 308-313.
- 19) Kickbusch I. Introduction: tell me a story. In Pederson A, O'Neill M, Rootman I eds. Health Promotion in Canada: provincial, national and international perspectives. Toronto: W.B. Saunders Canada, 1994: 8-17.
- 20) シモンズ A 著. 池村千秋訳. プロフェッショナルは「ストーリー」で伝える. 東京: 海と月社, 2012: 4.

(受付 2013.7.22. ; 受理 2013.7.25.)

Rethinking health promotion to strengthen its potential

Masamine JIMBA^{*1}

Abstract

Background: Since 1994, when population health first emerged as a major concept in public health, health promotion has lost considerable currency in this field. From the outset, discussions on the value of health promotion have been particularly prominent in Canada. This article introduces three points as food for thought in their potential relevance to the Japanese context. The first point is on the difference between promotion of health and health promotion. The second addresses the kind of evidence needed for health promotion. The third and final point describes the unique evolution process of health promotion.

Contents: First, promotion of health is a discourse that can be shared among those trying to promote the health of a population, whereas health promotion can be more narrowly defined as the process of planned changes in lifestyle or living conditions conducive to health. Second, evidence regarding promising practices is generally more relevant to health promotion, which is delineated in illuminating and inspiring positive behaviors though they might not be scientifically as rigorous as best practices. Finally, compared with a tree-type evolution process, the spread of health promotion can be understood best by conceiving of its evolution process as essentially rhizomatous – taking root and spreading out horizontally. Greater attention should be paid to this quality of the health promotion development course rather than seeing it as a simple tree-type evolution.

Conclusion: Health promotion should be perceived as a more specialized area of public health by using an appropriately narrowed-down definition. Promising practices are now more recommended in health promotion strategies, and the evolution of health promotion can be better understood when we see its process as more like a rhizome than a tree.

[JJHEP, 2013 ; 21 (3) : 245-252]

Key words: public health, health promotion, promising practices

^{*1} Department of Community and Global Health, The University of Tokyo