

暮らしを支える医療とは

るかかどうかは、病院があるかどうかだけでは決まりません。

通院にかかる時間や費用、仕事や家族の都合、交通手段や冬の状況など、生活の事情が選択を左右します。治療の必要性を理解していても、暮らしを優先せざるを得ない場面は誰にでもあります。

1978年、世界保健機関と国連児童基金はプライマリ・ヘルスケアという考え方を提唱しました。その中心にある

のは「必要な医療をすべての人が利用できるようにする」という考えです。そして、その医療を届けるために、栄養、衛生、教育などの生活条件にも目を向けるべきだと示しました。

その後、健康がこれらの生活条件に左右されることが科学的に明らかとなり「健康の社会的決定要因」という考え方が確立しています。近年では、これらの考え方がSDGsの

目標3「すべての人に健康と福祉を」に位置づけられ、各国に取り組みが求められています。

私は、南太平洋のパプアニューギニアという国で、20年あまり子どもの健康調査に携わってきました。発熱時の受診行動を調べると、病院までの距離や受診にかかる費用が治療の選択に影響していました。しかし、これは医療知識が足りないからではありません。

現地の人々は、薬草だけでなく西洋薬の効果や使い方も理解し、重症ならば遠方の病院を選ぶ判断力も持っています。

それでも受診できないのは、暮らしの負担と治療の必要性を、一人で抱えきれなかったためと考えられます。

この構造は、広い北海道、とくに通院に交通や天候の影響を受けやすい地域でも重なることがあります。病院が「ある」ことと、それを「使える」ことは違います。だからこそ、受診できない状況を個人の責任にせず、誰

もが医療にアクセスできる環境づくりが重要です。

医療や制度だけでなく、地域の支え合いや暮らしを支える仕組みも、健康を守る力になります。こ



パプアニューギニア農村部の診療所を受診した乳児と母

うした考えを共有することが、健康に暮らせる地域づくりの第一歩になるのだと思います。

栄養学科教授

塚原高広