

1-1

医療の「上流と下流」

この本で取り上げる「ケアとまちづくり、ときどきアート」とは、ケア従事者がまちに飛び出した、病院や介護施設を地域に開いて、まちづくりの文脈の中でケアを展開していく活動のことだ。そして、その活動をしていく中で「アート」という要素が重要なカギを握る。世界では、アートと医療福祉を融合させていくことで、回復力を高めたり症状を緩和する取組みが多数報告されている。そしてそれだけではない、「ケアとまちづくり」という文脈の中でも、アートの要素を少し加えていくだけで、それまで混じりあえなかつたものが見つながっていくことも可能になっていく。

では、いまなぜ「ケアとまちづくり」が必要なのだろうか？

病院は地域に開いた方がいいのだろうか？

暮らしの保健室のようなまちの相談所をするとうんないことがあるのだろうか？

アートと医療が一緒にまちづくりに取り組むのはいいことなのだろうか？

なんとなく、今のままよりはケアとまちづくりを実践した方が、ケア従事者も住民も幸せそうなの
はわかる。病院は地域に開いた方が親しみやすくなるし、暮らしの保健室があった方が健康相談の

ハードルが下がる。アトが医療・福祉の現場にあると、どこか癒されるような気がする。では、親しみやすい病院にしていた方がいい理由は何だろうか。健康相談のハードルを下げた方がいい理由は何だろうか。どのようなアトを医療福祉の現場に入れるといいのだろうか。親しみやすい病院になれば無意味に病院を受診する人が増えるだけではないか、健康相談のハードルを下げて暮らしの保健室に來ない人はどうするのか。アトを入れても無駄な投資ではないのか。そんな反論が出てくる可能性がある。

私たちは医療や福祉の「環境や在り方を変えた方がいい」という話をしようとしている。では、どうしていま「環境や在り方を変えた方がいい」のか。そんな質問に明確に答えることができるだろうか。

健康の社会的決定要因

これまで私たちの常識として「健康になるか不健康になるかは個人の責任」という考えが根強かった。タバコを吸って肺癆になるのも自業自得、糖尿病と診断されても一向に食生活を変えられずに薬がどんどん増えていくのも自業自得、うつ病になったが服薬を拒否し、結果的に自死に至ったのも自業自得……。そんなふうに私たちは考えてこなかっただろうか。

しかし近年、健康は自己責任だけではなく、社会的決定要因によって決まることがわかってきた。つまり、個人の行動はその人自身の選択のみで決まるのではなく、社会的文脈によって決まる部分が多々あるということだ。たとえばタバコの面で言えば、職場で喫煙者が多く、周囲に勧められると中々断れず……という要件があるかもしれない。糖尿病だが食生活を変えられない、という方には「貧困」という背景因子があるかもしれない。本当は健康的な食生活をしたくても、野菜は高く、どうしても安価な炭水化物中心の食生活をとらざるを得ない時、それは「自己責任だ」と言えるだろうか？

社会環境は、以下の五点に基づき行動に影響を与える¹⁾。

① 情報の非対称性

たとえば、加工食品の製造業者はその製品に使用する原材料や添加物について、消費者よりも多くの情報を持っているが、法的な規制さえなければ商品の不都合な部分については公表しない。結果として、消費者は知らないままに不健康なものを口にすることになる。

② 予算制約

健康的な食事をしたくと望んでも、人は時間とお金の両面から制約を受ける。お金がなければ健康的な食材を購入することができず、お金のために家族全員が働きに出る家庭では、調理に費やす時間が不足する。結果的に、家族のメン

③ 環境制約

バーそれぞれが不健康なファストフードで済ませることを誰もコントロールできない。

健康的な食事をしたいと望んでも、それが購入できる店が近隣にない状態であれば手に入れることは難しい。質は低いが安く買える近隣の店で購入すると、質は高くても遠方の店と、日常的にどちらに通うのか？と考えたときに、前者に通うことを責められないだろう。

④ 社会的圧力

仮に、職場で支給される食事が揚げ物中心のカロリーオーバーな弁当だったり、毎日のように同僚と居酒屋で一杯、という環境であれば、それをすべて断って一人での食事を選択できる人は多くはない。

⑤ 処理能力への負荷
 お金や時間といった資源の欠乏した状態では、目の前にある問題に気をとられて、視野が狭くなりがちである。結果的に、健康も含めた将来の計画を立てる能力、つまり自制を含む実行制御力は著しく低下する。

こういった背景因子を無視して患者指導や治療を行っても、十分な効果をあげられないこともわかってきている。いわゆる生活習慣病を改善するためには、その要因となっている生活習慣を改善すればよい、ということとは真だが、その理論的真実をきちんと患者に指導したり広く啓発を行いさえすれば、患者一人ひとりが合理的に行動し、生活習慣が改善されて結果的にアウトカムも改善する、と

いうのは真ではない。

たとえば、高血圧を改善するために減塩するというのは明確なエビデンスがあり、日本高血圧学会のガイドライン(JSH2019)に明記されているのみならず、今や国民的な常識となりつつある。しかし一方で、「減塩指導そのものの効果」という視点で見した場合、効果は短期的には見られるものの、長期的にはその効果が薄れ、死亡率抑制効果もはつきりしないことが示されている²⁾。その要因の一つとして、日本においては自宅で摂取する塩分量よりも、自分ではコントロールできない加工食品や外食を通じての塩分摂取量が多いことがあげられている。具体的には、中国ではその塩分摂取の76%が家庭料理からのものであった一方で、日本では40%以上が加工食品、そして20%が醤油由来と報告されている³⁾。そうすると、中国では個人や家庭に対する減塩指導が有効かもしれないが、日本においてはそれだけではなく、食品業界や外食業界を巻き込んだ対策を強化しなければ、減塩指導の効果はどうしても薄くなってしまふ。

また、循環器疾患予防についての地域介入プログラムの効果を評価したメタアナリシスでは、喫煙や食事、運動など循環器疾患に関するリスク行動に対するメディアキャンペーン、スクリーニング検査、健康相談、環境改善を組み合わせた多面的な内容を評価したが、10年間の循環器疾患のリスク減少はわずか0・65%に過ぎなかった、という報告もされている⁴⁾。

貧困についていえば、日本の相対的貧困率(収入などから税金や社会保障費などを引いた可処分所得が中央値の半分未満しかない人の割合)は2015年のデータで15・6%。2012年のデータと比