

私の曾祖母は、京都府綾部市にある限界集落の古屋という地域に87歳まで住んでいたが、地域医療の手薄さへの懸念から、私の住む京田辺市に余儀なく移された。5年前に他界したが、最期まで「もう一度古屋に戻りたい」とよく口にしていた。私は曾祖母の最期に寄り添いながら、人が住み慣れた場所で最期を迎えるという当たり前のことを実現できない現実にもどかしさを感じた。

そうした当事者意識もあり、地域医療について新聞等で調べていたところ、長野県伊那市の取り組みに出会った。そこでは、「医者に乗らない移動診療車」に看護師が乗車し、移動が困難な高齢者宅に訪問して診療を行うという制度が浸透している。看護師が患者と医者との間に入ることは、医者の負担や医者が抱く「自分1人に地域全体の命がかかっている」というプレッシャーの軽減にもつながるだろう。医者も地域医療という選択肢を今よりも選びやすくなると考えた。

伊那市役所でこの制度の推進係長を務めておられる安江輝さんにオンライン取材を行った。この制度によって解決できた課題は主に2つである。1つ目は忙しい医者が往診を行う移動の時間が無くなり、病院での直接診療や治療が必要な患者に今まで以上に時間を割くことが出来るようになったことである。2つ目は患者の長時間の移動がなくなったことはもちろん、患者の家族も通院のために仕事を休んだり、移動の介助を行ったりすることが無くなり、負担が大きく軽減されたことである。

このように医者や患者側の負担軽減がメリットとして挙げられる一方で、看護師の負担については言及されていない。事実伊那市では、制度導入前と比較すると医師の診察時間は42%、患者の通院時間・待ち時間は86%下がったのに対して、看護師の業務時間は240%増えたのだ。その本質には看護師不足があると安江さんはおっしゃっていた。ただでさえ、コロナ禍で看護師の離職が取り沙汰される中、制度の促進と看護師の待遇改善をどのように両立できるのだろうか。私は、医者と同様に一定の診断や治療を行える看護師の上級職「ナースプラクティショナー (NP)」を日本にも取り入れてはどうかと考えた。米国では1960年代からNPの養成が始まっており、「看護師は医者の下ではなく、医者と並んで立っている」という概念が浸透している。看護師の仕事の幅を広げ、社会的地位が向上することで、資格取得を目指す人が増えることに繋がりはないだろうか。また、NPが導入されれば、自ずと移動診療で出来ることも広がり、制度の拡大も期待できる。

「持続的な地域医療」を目指すには特定の立場の人に負担が集中する制度であってはいけない。例えば患者の負担が軽減されても、医者や看護師が負担を被ることになればなり手が減り、制度は持続しない。患者側だけでなく医療従事者側にとっても良質な制度となった時、地域医療はめざましい発展を遂げることが出来るだろう。