毎日フォーラム・あしたの日本へ:新田クリニック院長　新田國夫氏

2012 年 07 月 09 日

にった・くにお　1944 年岐阜市生まれ。67 年早大商学部卒。その後に医の道を志し 79 年帝京大医学部卒。新行徳病院外科部長などを経て 90 年、東京都国立市に新田クリニック開院。98 年通所リハビリテーションセンター開所。04 年グループホームのがわオープン。現在、北多摩医師会会長、国立市介護認定審査会会長。24 時間体制で在宅医療を行う全国在宅療養支援診療所連絡会（180 人・団体加盟）の会長も務めている。

◇地域で生きる在宅復帰を目指す高齢者医療を

外科医としてキャリアを積みながら 90 年に東京都国立市にクリニックを開設し、在宅訪問診療の草分けとして地域医療に尽くしてきた新田國夫医師。人間としての尊厳を保ちながら在宅での看取りを可能にする医療と介護体制の確立を目指して、今でも 70 人の高齢者の往診を続けている。高齢化社会の最前線で取り組む新田医師に、わが国の地域医療の在り方について聞いた。（聞き手　本誌・岩橋豊）

―外科が専門だったのにどうして地域医療に？

新田氏　医師になりたての頃は大学病院などでがん治療にあたっていましたが、進行性のがん患者も多く、どういう看取り方がいいのかを深く考えさせられました。がんの終末期となり、あの病室に入ったらもうおしまい、なんていうことがありましたからね。病院で亡くなるより、自分の家での方がいいという患者さんが多かった。それで 90 年に国立市内にクリニックを開院して、回復の見込みがない患者さんにも人間としての尊厳を保ちながら在宅での看取りを可能にする医療を確立したいと思い、外来診療とともに在宅医療に取り組むことにしました。

―往診によって見えてきたことも多いとか。

新田氏　退院した方が、家の一番奥の部屋で捨てられたように生活している実態や、外出もせず薬漬けになっている状況がありました。かつては在宅医療でも病院並みの高度な医療を、と理想に燃えていましたが、延命に向けての治療が、かえって患者さんを苦しめることもある、ということも分かりました。手術をして患部を治しても、それによって患者さんの生活レベルが落ちては何にもならないことを痛感しました。

―当時、往診するお医者さんはほとんどいなかったのでは。

新田氏　90 年代に厚生省（当時）は在宅医療重視に踏み切りますが、地域の医師や病院はほとんど在宅医療に興味がありませんでした。高齢の患者さんが増える一方なのに……。医療費の抑制のため、患者さんは病院からどんどん退院させられました。今でいう「要介護３」以上の患者さんを抱え、家族は介護の負担がどんどん大きくなって音を上げるようになりました。病院医療の限界がはっきりしてきました。終末医療をどうしたらいいかが大きな課題になってきたのです。それまでは病院での死が当たり前だったのですが、２０００年以降、自宅での看取りへの理解が増してきました。また、認知症の方に対するケアの在り方についてもずいぶん学びました。

―00 年に介護保険制度がスタートします。

新田氏　家族の介護負担を軽くした点では、介護保険制度は大いに評価できると考えています。ただあまりにも広い範囲で制度が適用されるようになり、一番必要とされる部分に資金や人材が集中しないきらいがあるように思います。私は、「要支援」から「要介護１～５」までである段階のうち、「要介護３以上」にもっと資金が充てられる方がよいと思います。ドイツの介護保険は「中、重、最重度」と分けられ、財政がかなり負担しています。

―98 年には認知症患者向けの通所施設も作ったそうですね。

新田氏　はじめは施設の 10 万円の家賃を私が払う形で始めました。認知症患者は自宅の片隅に押し込められるようにして、薬漬けで生きていました。７、８人でスタートしたのですが、施設に通うようになると、みんな驚くほど症状が改善されていきました。これにはびっくりで、普通の生活をすることの大切さを知りました。

―04 年にはグループホームも。

新田氏　高齢者の介護は自宅が一番と思っていましたが、家族関係の複雑さが原因となって暴力とか徘徊が起きる場合もあります。往診に行く車の中で、家族が負担を抱えながら患者さんと生きるということはどういうことなのかをよく考えました。家族が患者さんを抱えて頑張ることにより、悲惨になってはいけない。それでグループホームを作りました。自宅近くのグループホームに入ることで認知症の症状がすっとよくなるのです。家族中もホッとし、険悪な感情が改善されます。医療は患者も家族もみんなが幸せにならないといけないのです。

―高齢者医療にはケアマネジャーなどとの連携が欠かせない。

新田氏　「地域包括ケア」という考え方が大切だと考えます。仮に 80 歳の方が病院から退院してきたとして、病院のベッドの上ではあまり食べられなかったとしても、自宅では座イスで口から食べられるように戻してやらなくてはなりません。ケアマネジャーもヘルパーもそういう方向性を共有して対処しなければなりません。介護方針を決めるケアマネジャーが現場を知らないと、だらだらと寝たきりのお年寄りを生みがちです。高齢の患者さんに退院後どういうふうに過ごしてもらうか、その考え方を多職種の人で共有するための意識改革が何より大事だと思います。

―高齢者医療は若い患者に対する治療とは異なると。

新田氏　病院がこれまでやってきたのは、急性期医療です。しかし、70 歳を超えると人間は老化するので、治療しても回復しないケースがある。治療の目的はなるべく元の体に戻すということですから、過剰な医療はしない方がいいのかもしれない。障害を抱えながらも、年相応の生活に帰れればそれでいいはずです。今後の高齢化社会を考えたら、病院での医療の在り方を変え、地域で生きていくことを中心にすえた、在宅復帰を効果的にする医療を目指すべきではないのかと思います。

―地域の医師の役割は。

新田氏　トータルで患者さんの様子を診られる「総合診療医」になるべきだと思う。私は今「総合診療医」を名乗っています。そういう医師をかかりつけの医者に持つようにする。高齢者はだいたい五つ、六つの疾患を持っています。その疾患について特別な症状を見つけた場合、「総合診療医」は大学病院などの専門医を紹介するなどの橋渡しをすればいい。これからの高齢化社会を考えると、医師の育成をするうえでは、もっと地域研修を行って

「総合診療医」を育てることが必要だと思います。もちろん、専門医になる人がいてもいいのですが。

―今はまだ、往診する医師も多くはありません。

新田氏　日本は医師会などの業界団体の力が強いんです。厚生労働省が診療報酬などを決める際も、議員と結びついた業界の声に左右されがちです。いい政策が中途半端なものになったり、大事なところが抜け落ちてしまいがちです。市町村などの自治体もこれまで保険・福祉の分野には携わってきましたが、医療分野には予防接種くらいでほとんどタッチしてきませんでした。高齢化社会が今後ますます進行する中で、自治体にも医療への関心をもっと持ってほしい。

―24 時間体制での取り組みは大変ですね。

新田氏　昼に訪問診療して適切に対処していれば、患者さんの状況はつかめますから、夜中にたたき起されるようなことはそれほどありません。しかし、日本でまだ“点”にとどまっている 24 時間の地域医療を“面”に広げていくには、医師の意識変革も必要だと思います。病院の中にいただけでは高齢者の生活は分かりませんから。