ISSN 2187-0926

Open Journal of Marketing

2014.1

# 地域完結型医療におけるサービス高度化の逆機能：病院で死ぬことのエスノグラフィー

# *Dysfunction of Advanced Service in Local Completed Medical Care: Ethnography of Dying in Hospital*

田村直樹
関西外国語大学
外国語学部

*Naoki Tamura*
*Kansai Gaidai University*
*Foreign Language Department*

地域完結型医療におけるサービス高度化の逆機能：
病院で死ぬことのエスノグラフィー

田村直樹

Open
Journal of Marketing

## 第1節　はじめに

本研究は、地域医療における中核病院のサービス高度化にともなう近隣一般病院への逆機能を主題化し、質的調査を通じて地域医療の実践のあり方を検討することにある。そのための調査フィールドとして、介護を必要とする後期高齢者を在宅ではなく病院で最期を看取った家族を取り上げる。

長尾(2012)は、80 歳から 90 歳代の在宅患者の多くが「早くお迎えに来てほしい」「延命するのは嫌だ」といっていると指摘する。しかし、その望みはほとんどかなられないという。例えば高齢者の場合、餅をのどに詰まらせると大抵救急車を呼ぶことになる。すると必ず蘇生処置が行われ、入院、延命治療という流れになる。一度入院してしまうと、その後は延命が至上命題となる。医者は患者を 1 分 1 秒でも長く生かすことが医療の使命であると教わっているからである[1]。医療技術が進歩し高度化することで、人は思い通りの死を選択できなくなってしまった。自宅で家族に看取られて死ぬことが、殊のほか困難な時代となっているのである。

この問題は、延命治療が進歩したことの他に別の視点からも検討する必要がある。それは、地域における中核病院の医療サービスが高度化する一方で、近隣の一般病院との格差が生じることによる逆機能である。近年、手術件数などの情報開示が進み、患者が医療を選択する時代となってきた[2]。そうなると、一部の病院に人気が集中することになる。結果、地域の中核病院のベッド数は不足状態になる。その対策として、中核病院は診療報酬単価の低い患者を近隣の一般病院へ逆紹介するという現象が起こる[3]。病院は、高度な医療サービスを提供しようとするとコストがかかるわけであるから、単価の低い患者を受け入れてしまうと経営が苦しくなる。したがって、単価の高い患者を選択することで収入を確保し、医療設備や人材に投資するという循環を生み出そうとする。

その一方、一般病院では単価の低い患者が増えることになる。それによりコストパフォーマンスは悪化する。来院する多くは風邪の患者か慢性疾患の高齢者である。なぜなら風邪の場合は、大病院という必要はなく近隣のクリニックでも治療できる。高齢者の場合は、自宅から近く通院しやすい病院が好まれるためである。

しかしさらなる問題は、そうした近隣の一般病院が収入を高めようとして、劣質な医療サービス提供する可能性が出てくるこ

---

1　長尾（2012、p. 20）は、一度始まった延命治療を中止することは、たとえ本人や家族が強く望んでも簡単なことではないと指摘する。餅をのどに詰まらせた老人に対し、家族が救急車を呼び蘇生に成功しても、認知症が進行し、植物人間となってしまう事がある。その場合、いつ終わるともしれない延命治療が続き、家族の心理的・身体的・経済的負担が重くのしかかるということが考えられる。しかし、はたして救急車を呼ばないという選択が可能であるか、という点に関しては今後検討すべき課題である。

2　猶本・水越（2010、p. 3）からすると、中核病院の逆紹介では患者が好みの病院を選択できることにならないことになる。

3　藤田（2010、p. 166）によれば、病院を維持・成長させる戦略としての「選択と集中」である。

とにある。たとえ医療ミスがあったとしても、看過されてしまう可能性がある。日本では医療事故に関する情報収集システムがないので、どこの誰がミスを起こしているかを把握することができない[4]。医療事故はどれほど起きているのか正確なデータがないのである。ところが一般の人々は「悪い医者は淘汰されるはずだ」と思い込んでいるため、医療ミスの存在について深く考えようとしない[5]。

このような現実を考えると、定量調査では決して見えてこない現象が至る所で起きていると考えられる。そこで本研究は、質的調査（インタビュー、参与観察等）を通じて、普段表には出てこない医療分野の現実を取り上げ、今後の地域医療実践のあり方を示そうと試みる。結論を先取りするならば、「かかりつけ医」に対する評価システムの必要性を提起することになる。

## 第 2 節　対象と方法

### 2.1. 対象

本研究の調査対象は、要介護の後期高齢者とその家族である。X 県 Y 市に代々暮らす山田家は、カズエさん（95 歳女性）と息子夫婦の 3 人家族である。息子（アキオ、76 歳）、妻（ヨシコ、72 歳）の間には 2 人の娘がいる。長女（ユキコ、48 歳）は京都で暮らし、次女（サチコ、46 歳）は同県内に嫁いでいる。長女ユキコは、年に数回のペースで祖母カズエに会うために帰郷している。調査対象者と主な関係者を図 1 に示す。

アキオとヨシコも年金暮らしであり、いわゆる老老介護状態になっていた。そのヨシコは、姑のカズエには厳しく「自分のことは自分でするように」と常に言い聞かせており、カズエが視力を失ってからも独りでトイレに行かせていた。カズエは手探りでベッドのある部屋を出て、廊下を渡り、トイレを済ませてまた部屋に戻るのである。ヨシコはカズエの介護をひどく嫌がっており、ネグレクト状態であった。一方アキオは、無呼吸症候群のために睡眠時は装置をつけて就寝する必要から別室で寝ていた。そのため、カズエを深夜にケアする者は誰もいなかった。

そのようなカズエの毎日をユキコはひどく心配していた。幼少の頃からかわいがってくれ、人生の大事な教訓を教えてくれたカズエを、ユキコは宝ものだと思ってきた。そんなある日、カズエは週に一度のデイサービス先で倒れ入院した。脳梗塞の疑いがあった。しかし命に別状はなく、約 1 カ月後自宅に帰ってきた。その直後、発熱があり再入院となって、さらに 2 カ月後カズエは他界した。

その間ユキコは何度も帰省し、カズエに

[4] 貞友（2005、p. 24）は、厚生労働省も医師会も医療ミスの実態を把握していないと指摘している。

[5] 貞友（2005、p. 264）はさらに次のように指摘する。高齢の医師であっても大変流行っているなら、その医院は信頼されてしまう。住民にはそれくらいしか判断材料がない。もしミスを犯した医師なら、患者を集めることはできないと思いこんでいる。住民は、流行っている医院ならミスなど起こっていないと思い込んでいると警笛を鳴らしている。

付き添った。そこから見えてきたものは、入院先のずさんな医療方針と看護、両親への失望感、そして地域完結型医療の落とし穴であった。

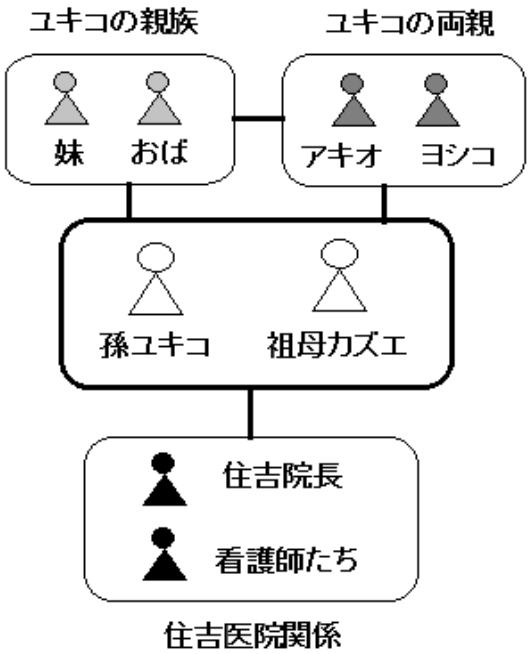


図１　調査対象者と主な関係者
＜出典：筆者作成＞

### 2.2. 方法

調査は 2012 年 8 月 13 日から 2013 年 1 月 25 日にわたって実施した。調査家族へのヒアリング、自宅および入院生活における参与観察を中心に行った。そして調査対象者に対し、調査目的を説明し調査実施の許可を得た。

山田家を対象とした参与観察では、対象者の活動や発言を記録するとともに、調査対象者（山田ユキコ）に当時の手帳をもとにその期間の出来事をレポートにまとめて頂いた。インタビューでは対象者に時間をとっていただき、了解の上で撮影、録音をさせていただいた。さらに、対象者が個人的に撮影した写真や動画も了解のもとにデータとして提供いただき、必要に応じて利用させていただいた。

なお、本研究の方法としてはエスノグラフィーを採用した。その理由は、定量調査では捉えきれない現実をとらえることができ、より深い洞察が得られると考えられるからである。本エスノグラフィーでは、調査対象者がその時どう思ったかという「思い」や「感情」についての描写も記述されている。この点については、本研究はそれを特に重要視している。なぜなら、人の思いや感情がその人の原動力となり、新たな現実を生むのだと考えられるからである。思いや感情がどのように立ち現れたのかを記述することなしに、現実を深く理解することはできない。こうして得られた現実への理解が読者の心に伝われば、リフレクシヴにわれわれの現実を一歩進めることが期待できる。この点が、質的研究がもつ社会を変革する実践力だと考えられる。

## 3. 事例

### 3.1. 介護から訪問看護へ

山田家はＸ県Ｙ市に代々にわたって暮らしてきた。家長のアキオは、自分の「かかりつけ医」を近所の住吉医院としてきた。Ｙ市の近隣にはＸ市とＺ市がある。Ｘ市は県庁所在地でもあり、大学病院が 2 つあり地域の中核病院として位置づけられている。

Z 市には民間で地域型の Z 中核病院があり、Y 市の急性期患者も受入れの対象になっている。これらの地域と病院の位置関係は図 2 の通りである。

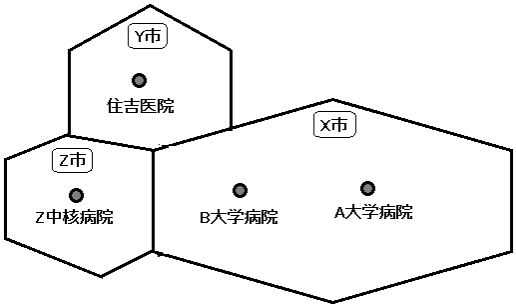


図 2　地域と病院の位置関係
＜出典：筆者作成＞

山田家には家長のアキオ・ヨシコ夫妻とアキオの母カズエの 3 人が暮らしている。年に数回、山田家長女のユキコは祖母カズエを慕って帰省していた。

2012 年 8 月 13 日、ユキコはカズエの部屋で一緒に寝た。カズエは朝までほとんど眠れず、夜中に時々幻想を見るようになっていた。目ヤニがひどく、両目がくっついてしまう。腕の皮膚にぶつぶつが出来ると、ヨシコは「うつるから近づくな」とユキコに忠告する。ユキコは、なんてひどいことをいうのかと母に絶望する。ユキコが京都の自宅に戻りその後の 18 日、カズエはアキオに連れられて住吉医院に行く。目ヤニの理由は免役力の低下が原因ということであった。その日は点滴、レントゲン、CT 検査を行った。その頃、ユキコは友人から「ケアマネジャーに相談するといい」というアドバイスを受ける。そのことを電話でアキオに話すのであるが、アキオは「自分の方が倒れそうだ」とこぼすだけであった。8 月 29 日、カズエには睡眠薬が処方されることになった。それを聞いてユキコは、カズエが夜中に何度も起きて体力を失わないで済むと思い安心した。

10 月 17 日の 11：00、デイサービス先でカズエの意識が低下、血圧 60 を切る。脳梗塞の疑いで住吉医院へ緊急入院。命に別状はなかった。ユキコはその報告を電話でヨシコから聞いたのであるが、ヨシコがうれしそうな声をしているのでやるせない気持ちになる。その後入院生活が続き、11 月 11 日カズエは住吉医院から強制退院となった。そこで、ユキコは人を伝って別の入院先を探した。しかし、アキオはそれを阻止した。住吉医院以外の病院を利用することを禁じたのである。ユキコはその意図が理解できなかった。

11 月 13 日、ユキコは帰省している。この日、山田家に介護用ベッドが搬入された。ケアマネジャーの奥田氏とデイサービス波多野の山本氏が今後の介護生活について説明に訪れた。介護施設でのショートステイと訪問デイケアを組み合わせるというプランであった。すぐに利用手続きをする。16：00 過ぎにユキコは、両親（アキオとヨシコ）、奥田氏と共に住吉医院へ行き、住吉院長の許可を得ようとした。しかし、その許可は下りなかった。ユキコはその理由を「患者をとられそうだから許可しなかった」と思った。つまりこうである。予定してい

た介護施設波多野というのは、同市内にある波多野医院が運営する施設であった。住吉医院にとってはライバルになる。住吉院長は患者をとられたくないために、その許可を出さなかったというのである。

しかし、今回の件ではそもそも住吉院長の許可など不要であるということは、奥田氏たちもわかっていた。強引に住吉医院のライバル施設を利用したとしても、法的な罰則にはならない。それにもかかわらず住吉院長に従う理由は、「住吉院長を怒らせると何かと面倒くさい」ということであった。住吉院長がダメだといえば、もはや誰も逆らおうとはしない。ユキコはそこに法的根拠がないにもかかわらず、なんと理不尽なことが起こっているのかと困惑した。

11 月 19 日、結局、住吉医院主導の訪問看護に切り替わった。ユキコによれば、それは住吉医院が本来したかったサービスである。なぜなら医療報酬の点数が高いからである。在宅で点滴ができるということは、外来での点滴よりも点数が高いということである。そのころのカズエは「あー」としか言えない状態になっていた。ヨシコは「もう面倒は見たくない」と言い放った。もはや自宅に毎日ヘルパーを呼ぶしかない。しかしアキオはそれをよしとしなかった。アキオは週に 3 日なら了解するという。11 月 24 日、ユキコはその 3 日を 4 日にするようアキオを説得した。ユキコは特別養護老人ホーム（以下、特養）に入所することをアキオに提案するのだが、それについてアキオは頑としてきかなかった。ところがその翌日の 11 月 25 日、カズエは 38.8℃の発熱のため再び住吉医院に入院することになった。

### 3.2. かかりつけ医の罠

11 月 25 日、カズエは点滴を 2000ml 受ける。カズエの要介護度は一番軽いものと認定されていた。なぜなら、アキオが調査員に「何々は一人で出来る」といった誇張した情報を与え、正しい判断をさせなかったからである。ユキコはその認定結果には不服であった。一番重度であれば、優先して特養に入所できる。これまでユキコは要介護度の見直しをアキオに何度も迫っていた。11 月 26 日、ようやく役所から調査員がやってきた。調査員も、カズエの要介護度が最も重いと判断した。山田家はその判断にもとづいて必要書類を住吉医院に提出した。なぜなら要介護認定の審査に主治医意見書が必要だからである。しかし、住吉院長はその書類をその後院内で長期間ストップさせていた。時間稼ぎである。それは、住吉院長の息がかかった特養に入所させるための工作期間であるとユキコは思った。ユキコは、何とかしてこの住吉医院以外の病院に移れないものかと周囲に相談した。そして地元で開業医をしている友人から他の病院をいくつか勧めてもらった。しかし、アキオはそれを拒否するのであった。

12 月 5 日、ユキコとアキオはカズエに会いに来た。その時は、看護師がカズエをまさにレントゲン室に連れて行くところであった。ユキコは、カズエがもうこれ以上回

復しそうにないと思っていた。それでもレントゲン検査をすることに怒りを覚えた。看護師に「またですか？こんな状態で？」と訴えたが無駄であった。そのやり取りを傍らで聞いていたアキオは知らんふりを決めていた。ユキコはアキオに「もう検査しないと言ったのに！」と訴えたが、アキオは「病院で必要ならしょうがない」というだけであった。以前、アキオ自身が、もう検査してもしかたないとユキコに言っていたにもかかわらずであった。ユキコは情けなくて涙が止まらなかった。

12 月 6 日、山田家では胃ろう手術が話題となった。特養に入所しようとすると、胃ろう手術をしておく必要がある。点滴の状態だと、医療行為になるため施設のスタッフでは対応できず入所できないのである。胃ろうをするかどうかの判断はユキコに任せられることになった。カズエは、以前から延命治療はしないでほしいとユキコに伝えていた。ユキコは、カズエの気持ちを尊重して胃ろうはしない方向で進めようと思った。

12 月 7 日、ユキコはカズエの腹部が張っていることに気づいた。急ぎ、看護師を呼んだ。便がたまっていたのである。大量の便をかき出した。そして大量の尿を、管を通すことで抜くことができた。ユキコは「一体何を見ているのだろう」と看護師に対して思った。素人の自分でも気づくことなのに、なぜプロの看護師が見落としているのか理解ができなかった。その翌日（12 月 8 日）、カズエの腹部がまた張っていた。腹部を手で押すと大量の尿が出た。こんなこともしてくれないのかとユキコは思った。「気を付けてくれますか」とユキコが看護師にお願いをすると「わかりました」と答えた。

12 月 9 日、カズエは「お腹がすいた」と言った。ユキコはゼリーを食べさせた。この時ユキコは、カズエが「生きたい」のだと思った。何とかしてあげたいと思った。しかし、現状で食事をすると誤嚥をするリスクもある。胃ろうをしないと餓死する。悩んだ末に胃ろうをする必要があると思い直した。山田家でその必要性をヨシコに訴えた。するとヨシコはヒステリーを起こした。「あんた（ユキコ）が胃ろうをしないと言ったんじゃ！もう知らん！考えたくない！」と気が狂ったように部屋を出ていった。ヨシコは胃ろうには反対であった。

12 月 10 日、ユキコは一旦京都に戻ることになっていた。この日の朝、あらためて山田家で胃ろうの件について話をした。胃ろうをするしかないという方向に向かいだした。この日のカズエは体調がよく、話もよくした。その後、食事で誤嚥を起こし、38℃の熱が出た。看護師からも胃ろうを勧められた。この状況を見てヨシコは「（自分の場合）私は何があっても延命はしなくていい」とユキコに言い切った。しかしそれは、カズエに胃ろうをさせないように誘導するための言葉に過ぎないとユキコは思った。そして、後ろ髪を引かれるようにユキコは京都に戻った。

12 月 12 日から 27 日にかけて、ユキコは電話でカズエの様子を聞くしかなかった。

アキオは、「変わらずじゃ」「ぼちぼちじゃ」としか言わない。具体的なカズエの様子を伝えてはくれない。ユキコは、アキオがカズエを「見ていない」からそう言えるのだとわかった。アキオが住吉医院に来る本当の理由は、看護師たちと仲良く話ができることにあった。特に看護師長がお気に入りらしく、「カズエさんはいい息子さんをもって幸せですね」と、自分を褒めてくれるのがうれしかったのである。褒め言葉をかけてもらえるのが楽しくて、アキオは毎日病院に来ていたのである。ユキコはアキオに対し人としての尊敬感を失っていた。

12 月 28 日、ユキコは帰省した。年末年始をカズエと過ごすためである。すでに食事はまともに喉を通らなくなっており、栄養は点滴で取っていた。それにもかかわらず食事の量は非常に多く、毎日数口しか食べられずにあとは残していた（図 3）。

図 3　喉を通らなくても出される食事と薬
＜出典：筆者撮影＞

年末の 31 日、ユキコはあることに気が付いた。カズエの胸元に貼る心臓ケア用のニトロシールの日付が 29 日のままであった。これは毎日張り替えるはずのものであった。他にも、カズエの皮膚がかぶれても看護師は何もしてくれない、シャンプーの仕方が粗雑、お茶も毎日入れかえているのか疑わしい、飲み込めないにもかかわらず大量の錠剤が出ているなど。ユキコの目には、病院内のすべてがずさんであった。ずさんでないものはなかった。患者に対する思いやりがどこにもなかった。

2013 年 1 月元旦からの 3 日間、カズエの様子は安定していた。4 日から鼻にチューブを通し鼻腔栄養を取ることになった。一日 3 回、各 200ml であった。そのおかげでカズエに元気が出てきた。点滴も 1 日 2700ml から 600ml に減った。

### 3.3. 延命か尊厳死か

翌日 5 日、住吉医院から連絡があり胃ろう手術の段取りが決まった。しかし、正午すぎ、カズエが鼻腔チューブを自分の手で外してしまったのである。以前からユキコはカズエの手を拘束する必要性を訴えていた。そのため住吉医院は手の拘束に関する書類にユキコのサインをさせていた。それにもかかわらず、住吉医院はカズエの手の拘束をしていなかったのである。そのために、カズエは自力でチューブを外してしまった。看護師たちは再度チューブを入れ直そうとした。しかし今度は上手く入らない。そこでレントゲンを見ながらということになり、レントゲン室で 2 時間かかって戻っ

てきた。カズエは息が荒く、ゼイゼイ言ってひどく苦しんでいる。ユキコは見ているのが辛くなった。そして、カズエの気管が傷ついていると思った。二度とチューブを外せないように、カズエの両手にグローブが装着された（図 4）。

図 4　グローブをさせられたカズエさん
＜出典：筆者撮影＞

この日、カズエは下痢をしていた。ユキコとアキオ夫婦は、オムツ交換に手がかかった。床ずれでただれた背中の傷口に汚物がつき、ユキコは痛々しいと思った。そして 3 人が帰宅したのは 20：10 であった。普段の山田家の夕食は 19：00 と決まっていたので、アキオは不機嫌になった。決まった時間通りに物事が進まないとイライラするのである。アキオは、ユキコが頻繁に帰省することを快く思っていなかった。アキオはユキコに「お前は何も知らんくせに、（時々）帰ってきてごちゃごちゃ言うな」と言い、よくぶつかっていた。

1 月 8 日、カズエが喘息になったと住吉院長は診断した。そのために胃ろう手術は延期となった。ユキコは疑った。「持病に喘息はない、急になるものなのか？」と看護師に尋ねた。看護師は「えっ、喘息になったことないんですか」と驚いた。しかし次の瞬間に、「でも部屋も乾燥しているし、そういうこともあるかも」という無責任な言い訳をした。ユキコは納得できなかった。喘息の原因は明らかに、鼻腔チューブの入れ直し（1 月 5 日）をしたことにあるとユキコは確信していた。何度も何度も強引にチューブを出し入れして、炎症を起こしたに違いないと思った。ところが、アキオ夫婦はカズエのことを心配する様子はなかった。むしろ胃ろう手術が延期になりそれを歓迎しているようであった。アキオはユキコに「だから早く（京都の自宅に）帰ればよかったんじゃ」と言った。つまり、ユキコが帰省してごちゃごちゃ言うから、かえって大変なことになったというのだ。カズエがこんなことになったのは、ユキコの責任だという。アキオはユキコに「お前は邪魔だ」というメッセージを発しているのであった。ユキコは耳を疑った。アキオの考え方はおかしいと思った。アキオは住吉医院には悪く思われたくないのだ、とユキコは確信した。

ユキコは京都に戻り、1 月 9 日から 15 日まで不安を抱えながら過ごした。そして 16 日深夜未明、カズエの容体が急変した。住吉医院から直接連絡がユキコに入った。「肺炎と心臓に水が溜まっている」という。早朝、ユキコは住吉医院に向かうべく急遽帰省した。午前中には住吉医院に着いた。カズエは 3 人がかりでレントゲン室に運ばれ

ようとしていた。意識がない状態で検査するなんてひどすぎるとユキコは憤った。カズエはチアノーゼを起こしており、鼻腔チューブ酸素から酸素マスクに換わった。血圧が 100 を切った。昇圧剤が点滴に追加された。住吉院長は「一両日の命」と言った。ケアマネジャー奥田氏や親戚が駆け付けた。ユキコはこのまま病院に残り付き添いたいとアキオに言った。しかし、アキオはそれを許さなかった。しかたがないので、看護師にはカズエがマスクを外さないように手に拘束をするよう依頼した。

1 月 17 日、カズエの唇が小刻みに震え、呼吸が小さくなる。ユキコは怖くなった。18：00 になるとアキオは判で押したようにユキコを病院から連れて帰った。夕食後に入浴を済ませ、ユキコは病院に戻ろうとする。ユキコはアキオとヨシコから「お前のしていることは自己満足だ」などのひどい言葉を投げつけられた。しかし、その言葉を振り切り、カズエのもとに戻った。20：30 に住吉医院に到着。カズエの頭の下に「心電・呼吸・SaO2」と書かれた機械があった。それが頭に当たって痛くても動けず、声も出せないカズエ。ユキコは病院の雑な対応に泣けてきた。

1 月 18 日 02：20、ユキコが気づくとカズエが酸素マスクを外していた。慌てて装着すると、カズエははっきりした声で「(マスクは）しない」と言った。ユキコは「しないと死んじゃう」と言った。ユキコは、最後の力を振り絞って伝えたカズエの意思を奪ったと思った。自分のしていることは正しいとは思えなかった。「ごめんなさい」というしかなかった。この時、カズエの命はすでにカズエのものではなく、みんなのもの、私のためのものになっているとユキコは思った。カズエを苦しめているだけだとわかっているにもかかわらず、少しでも延命させようとするのはエゴだと思った。この日のカズエは意識がはっきりとしていた。「ユキコ」としっかりした声でユキコを呼んだ。正午に住吉院長による回診があった。住吉院長は看護師に伝え漏れがあったようで、すぐに看護師と話しながらカズエの容体にも触れずに病室を出ていってしまった。18：30、マスクから鼻腔チューブ酸素に切り替えられた。

1 月 19 日 04：40、カズエは鼻腔チューブを外そうとした。意識ははっきりとしていた。死にたいにもかかわらず死ねないのである。ユキコには、カズエが泣きそうな顔で懇願しているように見えた。ユキコはそれが辛かった。自分が最愛の祖母の最後の願いを拒絶しているという自覚があった。多分、自分は間違っている。死なせてあげたい、楽にしてあげたいという思いとは裏腹な言葉が出てしまう。「外したらもう、お話できなくなるのよ」と言いながら、カズエの手をチューブから離そうとする。ユキコは、カズエを失うことが怖くてたまらないのである。「ごめんね、おばあちゃんがいなくなることが怖い」とユキコは涙を流しながら震える声でそう言った。カズエの目が涙で濡れたように見えた。カズエは哀しそうな表情を浮かべ、チューブに伸ばしか

けた手を止めて、大きく息をついた。何十年も前から、「チューブにつながれたらユキコが外してね」とカズエから言われ続けてきたが、その願いを受け止めることはできなかった。ユキコは自分が今、カズエの最強の敵になっていると思った。カズエは自分のために生きていると思った。そして、カズエはチューブに手を伸ばしては諦め、ついに手を伸ばさなくなった。その代わりにユキコの手を渾身の力で握りしめるのであった。

同日の 16：30、アキオとヨシコが来院。予定では、すでに来ていたユキコに代わってヨシコが付き添うはずであった。その時、ヨシコはカズエの腕に発疹を見つけた。以前、ヨシコはその発疹が自分にうつり、かゆくて嫌な思いをしたという。ヨシコは「あれにやられたんじゃ！間違いない！嫌なんじゃ！」とヒステリックに叫び続けた。「ここには居たくない」とも言った。ユキコは、今まさにカズエの命の灯が消えかかっているその前で、なんてひどい言葉なんだと思った。交代をするはずのヨシコは結局そのまま自家用車に乗り込んだ。そして帰路の車中では、アキオと洋服を買ってきた話をヨシコは楽しげにユキコにした。ユキコはヨシコを最低だと思った。

1 月 20 日、ユキコはカズエの口に中にこびりついた痰を取ってあげた。ユキコが「おはよう」と声をかけると、カズエは小さくうなずいた。この日、点滴がもはや血管に入らなくなっていた。カズエが「水」と言った。ユキコがスポンジに水を含ませて飲ませてあげると、満足そうに笑ったように見えた。カズエは何度もユキコの手を握り返した。

1 月 21 日 02：45、再びカズエは鼻腔チューブを自分で抜いてしまった。10：40、看護師が酸素機器の調子が悪かったので取り替えるという。チューブも曲がると酸素が出ないと今頃そう告げた。そして採血。何度も針を指し直す。カズエの顔がゆがむ。血は出てこない。ユキコは、今更何のための採血か理解できなかった、カズエを苦しめるだけだと思った。正午に住吉院長が回診。「もう、脱水症状が止められない」とユキコに告げた。ユキコはいったん山田家に戻った。少しでも睡眠を取ろうと思った。しかし、ヨシコが「疲れたろう、ゆっくり休みなさい」と言いながらも、溜まった感情を機関銃のようにユキコに吐き出す。話し相手が欲しかったのである。結局、ユキコを休ませてはくれなかった。

同日 18：00、ユキコはアキオと病院へ。ユキコが話しかけると、カズエは「はい」と言ってうなずいた。ユキコの目の前で、カズエは脱水症状と空腹で死に近づいていく。ユキコは何もしてあげられない無力感でいっぱいになった。19：10、カズエの左手が冷たい。体が膨れ上がっている。行き場をなくした点滴の液が、カズエの皮膚を裂いてあふれ出てきた。

1 月 22 日、点滴の針が皮膚に入らない。手は風船のように膨れ上がっていた（図 5）。何度も指し直す。ユキコは、カズエが痛がっているから点滴を止めてほしいと住吉院

長に訴えた。しかし院長は、「意識がないから痛くない」と言った。だが、カズエに意識があることは明らかだった。住吉院長は何も見ていなかった。そして、住吉院長は「文句があるなら出ていけ」とユキコに言い放った。

図 5　腫れ上がった手
＜出典：筆者撮影＞

1 月 23 日 19：47、ユキコはカズエが息をしていないことに気づく。「おばあちゃん」と声を掛けたが返事がない。動かない。顔も冷たい。ユキコは看護師を呼んだ。そして住吉院長も来た。院長はカズエを見て、ユキコにうなずき、さっさと部屋を出ていった。ユキコは「それだけ？」と思った。カズエは看護師に化粧をしてもらった後、葬儀屋に運ばれてようやく山田家の自宅に戻ることができた。

## 4. 考察

以上の調査結果から、われわれは地域完結型医療の落とし穴を見過ごすわけにはいかない。まず、この調査地域の中核病院について確認をしておこう。本地域の Z 中核病院では、医療技術の発展にともない、高齢者の急性期医療に注力している。それまでは、慢性患者の増大によってコストパフォーマンスは高いものではなかった。そこで、例えば脳卒中の後に寝たきりなった慢性疾患の患者などは、地域の一般病院へ逆紹介する方向に舵を切った。つまり、病院完結型医療から地域完結型医療へのシフトである。この方針が功を奏し、この地域では急性期患者は Z 中核病院へ、その他の患者は一般病院へという棲み分けが確立していった。

しかし、この流れは別の問題を抱えていた。医療報酬単価の高い患者は中核病院へ、単価の低い患者は一般病院へという流れを引き起こした。一般病院では利益を確保するためにより多くの患者を抱えようとした。つまり患者の囲い込みが進んでいった。「かかりつけ医」という耳触りのよい響きの裏側には、患者を他の病院に渡したくないという意図が潜んでいたのである。そこで、本研究では地域完結型医療の落とし穴について以下の 2 点から整理する。

### 4.1. 問題の看過志向

第 1 に、地域の人々が波風を立てる事を嫌い、かかりつけ医の方針には逆らえないという問題がある。住吉医院のような介護施設を併設していない病院は、自分の息のかかった施設に患者を送り込もうとする。山田家の場合、自宅の近隣に波多野病院が運営する介護施設があったにもかかわらず、

住吉院長はその施設の利用を許可しなかった。そして今回のケースでは、住吉医院みずから訪問看護をしようと試みた。この場合、土日は訪問看護のサービスは提供されないので、患者は直接住吉医院に行かなくてはならない。不完全な訪問看護である。毎日点滴をしなければならないカズエにとってみれば、それは無理のある医療方針であった。しかも、山田家ではアキオ夫婦はまともに介護（オムツ交換、入浴など）できない。スキルもやる気もない。にもかかわらず、訪問ヘルパーを住吉医院は許可しない。ケアマネジャーがベストだと思われる提案をしようとしても、かかりつけ医がそうさせないのである。

結局、地域のケアマネジャーは地元では波風を立てたくないため、かかりつけ医の方針に抵抗はしない。しかしそうなると、高齢者という弱者が犠牲者になる。地域の人々は、悪い医師なら淘汰されるものだと思い込んでいる。しかし、ずさんな医療方針や看護が施されていても、それらは表には出てこない。よって、地域の人々は特に悪い病院であると疑うことがない。風邪や慢性患者は中核病院では受け付けてもらえないため、近隣の一般病院でよしとしてしまう。近隣の病院に問題があるかどうかを神経質に調査するということはほとんどない。このような地域の人々の日常的秩序感を、「問題の看過志向」と呼んでおく。

この問題の看過志向は根深い。それは、患者の家族において顕著に現れる。山田家では、アキオはカズエの容体をほとんど見て見ぬ状態であった。ユキコが電話で様子を尋ねても「変わらずじゃ、ぼちぼちじゃ」としか伝えていない。アキオは、毎日看護師と話がしたくて病院に来ていたにすぎなかった。看護師たちに気に入られたいのである。母を思いやる優しい息子という評価が欲しいのである。そうなると、看護師の手荒な所作や思いやりのなさに気づくはずがない。アキオのまなざしは、母カズエではなく、看護師たちに向けられていた。

カズエを見ていないのはアキオだけではない。妻ヨシコも同様である。ヨシコは姑を目の敵にしているので、わざと介護をネグレクトする。カズエのためにオムツを交換することはない。しかも経済的な問題があるため、カズエに延命治療をすること自体が気に入らない。胃ろうの件では、ヒステリーを起こしてまで抵抗した。ヨシコの関心は、どんな洋服を買おうかといった自分のためだけに向いていた。

こうした家族は決して珍しくない。特に高齢の患者は、病院にあずけておけばそれでよしとされる。家族はほとんど面会に来ない。着替えなどを置いたら、さっさと帰ってしまう。臨終は、病院の電話で知らされる。その後は葬儀屋に全てお任せで済ませてしまう。このような家族観において、医療現場のクオリティをさらに改善してほしいという発想は出てこない。人生の最期を、病院という他人に丸投げしているのである。一方、丸投げされた病院側は、日々の繰り返しのなかで「なあなあ」になってしまい、自主的にサービスクオリティを上

げようとはしなくなっていく。むしろ、いかにして医療報酬を高めるかといった方向に走っていく。ところが、それを止める者が誰もいないのが現状なのである。

### 4.2. 情報の非対称性

第 2 は、病院側と利用者側の情報量に格差がありすぎるという問題である。これを「情報の非対称性」という。利用者からは提供されるサービスの質が見えない。仮に病院側が自分勝手で劣質なサービス提供を行ったとしても、自省されることなくそれは継続されるであろう。利用者が医療現場をモニターできない状況においては、情報の非対称性が軽減される機会はない。

この問題を引き起こしている原因のひとつが医療報酬制度であると考えられる。ポイントは 2 点ある。1 点目は、医療報酬は厳密に数値化されており、提供するサービスと代金の交換比率が明確に設定されている点である。サービスの交換比率が客観的な数値として基準化されていること自体に問題はない。問題は、仮に低いクオリティレベルのサービスが提供されても、この交換比率が利用者の意図では変動しないことである。市場における一般商品の買い物であれば消費者に値引き交渉の余地はあるが、医療報酬に基づく金額については交渉の余地はない。したがって、まず交換比率が所与としてあり、サービスを受けた瞬間に等価交換が強制的に成立してしまうシステムになっているのである。

2 点目は、利用者が「患者を病院に丸投げできる満足」と「患者へのサービスがよいことによる満足」を混同している点にある。市場原理が作動しているならば、劣質のサービスは淘汰されるが、地域医療においてはその原理が機能しなくなる。その理由は先述した「問題の看過志向」が強いためである。そもそも利用者というのは、患者本人とは限らず、治療費を支払う家族もまた「利用者」である。特に高齢者が患者の場合、家族が病院に「丸投げしたい」というニーズは確実にある。入院させておけば、自分たちの手間や責任から逃避できる。丸投げができると楽なのである。この「丸投げできたら楽だ」というニーズを満たせるのであれば、それとしての等価交換は成立し、家族という利用者側は「満足」したことになる。つまり、所与としての交換比率が「サービスがよいこと」ではなく、家族が「患者を病院に丸投げできる」という点で合意されているのである。利用者が一旦ここで満足してしまうと、それ以上のサービス向上を病院に求めようとしなくなる。つまり、患者本人の満足とは異なる次元で交換が成立しているのである。こうした丸投げニーズを病院側が満たしている限り、病院側も現行以上のサービス向上のための努力をすることはない。

結局、患者本人以外の家族と病院が共犯関係となり、サービスの質に対して目を向けようとしない状態に陥る。この場合、情報の非対称性が大きいことはむしろ好都合なのである。情報の非対称性が大きいほど、利用者は丸投げしやすくなる。すなわち、

利用者は病院に責任を押し付けることができるのである。利用者は「医療については何もわからない」ことを理由に、病院に全てお任せしますということになる。それが患者本人にとって良いことかどうかは別の話である。

### 4.3. かかりつけ医の評価システムの必要性

地域完結型医療という一見耳触りの良いシステムには、患者本人を苦しめかねない落とし穴があることを議論してきた。中核病院から逆紹介をしてもらえる一般病院ならともかく、逆紹介がもらえないレベルの病院は、目の前の患者を手放すわけにはいかない。よって、患者の囲い込みが始まる。限られた患者数の中から病院が利益を上げるためには、検査数を増やし、点滴数を増やさざるをえない。あるいはコストを抑えるために、経験の浅い医師や看護師を雇用しようとする。

こうしたグレーな病院経営をよしとする病院であっても、市場原理が作動しないかぎり淘汰されることはない。このような病院を「かかりつけ医」として利用せざるを得ない地域の人々は、本来享受すべきサービスの質との違いに気づかないまま受け入れてしまう。こうして劣質のサービスが繰り返し提供されていく。しかしながら、かかりつけ医を評価するシステムは存在しない。この劣質なサービスに歯止めをかけるには、かかりつけ医を評価するシステムの実現が急がれる。

## 5. 結び

以上、本研究では質的調査とその一連の考察から、地域医療の方向性について一定の示唆を提起した。それが「かかりつけ医」の評価システムの導入である。このシステムが実現し有効とならない限り、弱者に対する人間的配慮は見過ごされ続けることになろう。

病院で死ぬということは、自己の望む死に方はできないと覚悟せねばならないことである。自宅で最期を迎えたい人が家で倒れて救急車を呼ぶということは、望んでいる死を迎えられないことを意味する。しかし、家族が目の前で倒れているにもかかわらず、救急車を呼ばないことが果たしてわれわれにできるのか。この問題はいわば、「医療と尊厳死」という名の匕首（あいくち）を目の前に突き付けられていることに他ならない。望みどおりの死を迎えるにおいて、まさに命がけの覚悟を迫られているのである。

最後に本研究の限界としては、医療という場の考察や家族関係の考察等さらに検討すべき点は多い。これらについては今後の課題としたい。

## 参考文献

藤田健（2010）「医療経営におけるマネジメントの導入」猶本良夫・水越康介編著『病院組織のマネジメント』碩学舎・中央経済社.

出河雅彦（2009）『ルポ　医療事故』朝日

新聞出版.

医療過誤事例研究会・田中匡編（2003）『身近に起きる　医療ミス　医療事故対処法　医療過誤と闘うには』東平和出版.

小松秀樹（2006）『医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か』朝日新聞社.

近藤誠・清水とよこ（2003）『医療ミス　被害者から学ぶ解決策』講談社.

久坂部羊（2013）『医療幻想－「思い込み」が患者を殺す』筑摩書房.

毎日新聞医療問題取材班（2003）『医療事故がとまらない』集英社.

萬田緑平（2013）『穏やかな死に医療はいらない』朝日新聞出版.

長尾和宏.（2012）『「平穏死」の 10 の条件』ブックマン社.

猶本良夫・水越康介編著（2010）『病院組織のマネジメント』碩学舎・中央経済社.

貞友義典（2005）『リピーター医師　なぜミスを繰り返すのか？』光文社.

シャロン、T.（2004）『病院で殺される　医療ミスから身を守る方法』（椿正晴、訳）主婦の友社（Sharon, T. A.（2004）*Protect Yourself in the Hospital: Insider Tips for Hospital Mistakes for Yourself or Someone You Love.* NY. McGraw Hill.）.

Open Journal of Marketing, 2014.1
地域完結型医療におけるサービス高度化の逆機能：
病院で死ぬことのエスノグラフィー

田村直樹　関西外国語大学外国語学部

ISSN 2187-0926
発行：私的市場戦略研究室
代表：水越康介

〒192-0397
東京都八王子市南大沢 1-1
首都大学東京大学院社会科学研究科経営学専攻
http://mizkos.jp　letter@mizkos.jp