[CNK:030015] 埼玉県ふじみ野市の医師銃撃事件について

NK の皆様、愛媛で在宅医療のクリニックを運営しているたんぽぽクリニックの永井です。CNK には久しぶりの投稿です。

先日、NHK 愛媛版で放送された埼玉県医師銃撃事件についての取材記事が愛媛インサイトの WEB ニュースとして NHK ホームページで公開されました。よろしければ以下よりご覧下さい。タイトルは「臆病にならず、寄り添う　ー埼玉医師殺害事件と向き合う医師ー」です。決して、臆病になりすぎず、いかに医療介護従事者の安全を確保していくかを考えていかなければならないと考えています。また、皆さんのご意見もお聞かせください。
https://www.nhk.or.jp/matsuyama/insight/article/20220222-1.html
動画もあります。2 月 10 日木曜日放送分の「自宅で看取る・ともに迷い・支える」です。
https://www.nhk.or.jp/matsuyama/himepon/movie/movie_220210-2.html
＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

以下はこの問題についての課題を自分なりにまとめてみました。
タイトルは、「ふじみ野市訪問診療医の銃撃事件に思うこと」です。

自分だったかもしれないという衝撃

　１月末に埼玉県ふじみ野市で起こった惨劇、訪問診療医が患者宅で患者家族に銃撃され、同行していた医療・介護従事者が監禁されたという痛ましい事件は、まだ皆さんの記憶に新しいことと思います。私はこの事件を最初に耳にした時、「自分だったかもしれない・・・」という衝撃が全身に走りました。
　なぜ、医師がわざわざ弔問のために患者宅を訪問するのか？と疑問に思う人も多いようですが、在宅医療・介護に熱心に取り組む専門職にとって弔問は特別なことではありません。自宅で看取られた患者さんならなおさら、介護をされたご家族に労いの言葉をかけたいと思うし、グリーフケア（喪失のケア）につながればとの思いもあって弔問に訪れます。
　私自身、あのような形で患者家族に呼び出されたら、たぶん出かけていたのではないかと思いますし、その果てに撃たれていたのでは・・・と、とても他人事とは思えませんでした。そして同時に、この事件がきっかけとなって在宅医療や在宅介護業界全体が萎縮してしまうのではないかとも危惧しています。
　このような事件を２度と起こさない、そして在宅医療・介護業界を萎縮させないために、何が必要で、どうしたらいいのか？ということを当院の医師たちとも話し合いました。そこで話し合われたことも踏まえて、私なりにこの事件の課題と対策についての考えを述べたいと思います。

【課題１】日本の社会全体の課題

話し合いに参加した研修医の一人が「在宅医療をやりたいと思っていたが、こんなリスクがあり、危ないと考えるようになった」と言っていました。確かに衝撃的な事件でしたが、外来診療であっても先の大阪の心療内科放火事件のようなことも起こります。医療機関だけでなく、今では大学入試会場や電車の中でも、その場にいた面識もない人を突然襲うような事件が頻発しています。

在宅医療の現場が危険なのではなく、今はどこであっても事件に巻き込まれる可能性があるとの認識を持ち、まずは社会全体の治安をいかに安全なものにしていくのか、犯罪を生じさせない社会にしていくのかを考え、日本全体で対策を講じていく必要があると思います。

【課題２】地域の課題

亡くなった医師は在宅医療を主体とするクリニックを運営し、地域の多くの在宅患者を引き受け、信頼も厚かったと聞いています。一人で３００人もの在宅患者を診ていたとも報道されていましたが、当院が在宅患者３００人の頃は、すでに４、５名の常勤医師で協力し合って診ていました。その上、市内にも在宅医療を専門に手掛けるクリニックが複数ありました。何が言いたいかというと、「一人の医師が抱え込まなくてもいい」という体制が院内にも地域にもあったということです。

患者も医師も人間ですから、どれだけ誠意を尽くしても相性が悪く、トラブルに発展することもあります。その時に「代わってください」と医師が言えること、そして、代わってくれる他の医師がいることは、医師にとって大きな支えになります。あくまで想像の範囲ですが、当院の医師の中には「熱心な医師だから巻き込まれたのでは？冷たい医師だったら、違った結果になっていたかも」と考える者もいました。

A 医師はダメでも B 医師なら対応できる、C 医院はダメでも D 医院なら対応できるというケースがあるのも事実です。しかし、亡くなった医師は地域の在宅医療を一手に引き受けていたと言われていることから、地域の在宅ケアを亡くなった医師一人が背負い、地域が一人の医師に頼りきっていたのではないか？とも考えてしまいます。一人のスーパー医師がいても、その医師に地域が依存していてはいけない。在宅医療は地域全体で担うという意識が、行政や医療機関、専門職には必要なのです。

【課題３】法的機関とも連携できる仕組み作りを

患者や家族と信頼関係を構築するのが難しく、医療や介護の提供に支障をきたすような困難なケースでは決して一人の専門職、一つの事業所だけで対応してはいけません。「こんな問題を知られたら恥ずかしい、うちの信用問題になる」などと考えずに、他に関わっている専門職や事業所があるなら課題を共有し、さらに地域包括支援センターや行政にも相談して、連携しながら対応するべきです。

そして、地域の中で行政や警察、福祉関係、弁護士など地域包括支援センターを軸に地域のネットワークを駆使しながら関わること、そのような社会資源と連携できる地域づくりを進めることが肝要です。

また、当院はすでに行っていますが、ある程度の事業規模になったら弁護士と顧問契約をし、患者とのトラブルを法的な観点で相談できる体制を作ることもリスク管理になり得ます。

【課題４】親に依存する高齢子世代の支援を

「老親に依存して生活している無職で単身の 50～60 代の子」という今回の容疑者と同様の背景をもつご家族は、当院にも多数います。だからこそわかるのですが、親に依存し、親の年金で生きている高齢の子にとって、「親の死」は生活基盤とアイデンティティの喪失に直結します。

依存相手を失って、これからどうやって生きていけばいいのかわからないという混乱から自暴自棄になってしまわないように、子世代の自立支援にも真剣に取り組む時期が来ています。「8050 問題」と呼ばれる課題は、親が要介護状態になった時に顕在化しやすいと考えます。医療・介護の専門職が高齢の親に介入を始めた時点で、子にも自立支援の手が差し伸べられるような仕組み作りが急がれます。

【課題５】患者本人・家族は、本当に死に向き合えているか？

容疑者は死亡確認後、30 時間も経った状態で蘇生を求めたといい、死に向き合い切れていなかった息子の姿が思い浮かびます。患者さんやご家族とどのように死に向き合っていくのかを改めて考えさせられました。

実は当院でも困難症例として転院してきた患者の妻が夫の死を受け入れず、死亡診断をしても拒否されて、エンゼルケアもされないままに病棟の個室で死後２日間過ごしたというケースがありました。どのように説明しても、何回説明しても死を受け入れられない人も

いるのです。その認識の上で、死に向き合える方法を模索していかなければならないと思います。

地域の最後の砦として、また、トップの責任として

今回の事件を受けて、在宅医療を目指す若い医師や医療従事者が安心して働ける環境を作ることは、自分たち現役世代の使命だとの思いを強くしました。そして、「地域の最後の砦として、困難事例から逃げない」という自分たちの理念を変える必要もないと考えています。

私が経験した困難事例の多くは、医療従事者が自分達の価値観を押し付けることで起こっています。その人、その家族らしい生き方を尊重する医療やケアを行えば、信頼関係が築け、特に問題が起こることもありませんでした。ただ、この理念を大切にしつつも、職員に危害を与えそうな患者・家族を見極めることと、そのような患者は毅然と断るという態度を取ることがトップの役割、責任だと改めて肝に銘じました。

＊＊＊＊＊＊＊
長文失礼しました。

■■■■■■■■■■□□□□□□□□□□■■■■■■■■

永井　康徳
医療法人ゆうの森　たんぽぽクリニック
愛媛県松山市別府町 444-1
TEL089-911-6333
ホームページ　www.tampopo-clinic.com
書籍販売　http://www.drtampopo.jp/book.html
E-mail　y-nagai@tampopo-clinic.com
YouTube はじめました！チャンネル登録お願いします！
https://www.youtube.com/channel/UCYXYE6IJZpOf9BLi4Q1DA9Q
□□□□□□□□□■■■■■■■■■□□□□□□□□□