

第24回
ふじみ野在宅医殺人事件と
8050問題
——親の死を受けられない
子どもとどう向き合うか？



秘
ここのだけの話

長尾和宏の
在宅介護を
快適にする
極意

在宅医だから
伝えたい！



事件はなぜ起きた？

埼玉県ふじみ野市で、在宅医療に尽力していた若き在宅医が患者の家族に殺害されました。この事件は、在宅医療関係者にとって大変ショッキングな出来事でした。今回は、彼と同じく在宅医療に27年間携わってきた人間として、この事件をどう受け止めるべきか考えます。同じく、ケアマネさんや訪問看護師さんが、親の死を受け入れられない子どもに遭遇したときにどう向き合うべきか考えてみます。

在宅医療の特徴は、患者と介護・医療従事者の距離が近いことです。これは良いことでもあります。リスクマネジメントの観点からは大きな問題を孕んでいます。在宅医療におけるトラブルは決してまれではなく、よくあることです。誤解を恐れずに言うならば、今回の事件は起こるべくして起きてしまったことであり（患者家族が猟銃を所持していたということ以外）、決して他人事ではないと受け止

執筆▶長尾和宏

医学博士。長尾クリニック院長。公益財団法人 日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授。日本慢性期医療協会理事他。ベストセラー『痛くない死に方』『ひとりも、死なせへん』（共にブックマン社）など著書多数。

めたほうがいいでしょう。

実は、僕自身も在宅医人生27年間に、死にそうな目にあったことが何度もありました。ここ最近の、僕自身の苦い経験を少しご紹介します。

平穏死の落とし穴

これは先日のこと。「Aさんが呼吸停止しています」と訪問看護師さんからの電話連絡を受けたのが、午前7時前でした。Aさんは廃用症候群で数年間、在宅で診てきた高齢の患者さんでしたから、僕は在宅医療のその先にあるいつものお看取り、予期された老衰死だと思いました。主治医は病状や看取りの説明をちゃんと

していた、はずでした。

ところが、訪問看護師の電話の様子がなにやらおかしいのです。そして、その方の家族が入れ替わり電話に出て、僕に大声で怒鳴り始めました。「おい！人が死んだのにお前は心臓マッサージもしに来ないのか。医者なら心臓マッサージやAEDくらいするだろう。お前は医者をやめろ！」と家族全員の怒声が収まりません。「老衰での在宅お看取りの場合、心臓マッサージやAEDは通常はしないものです……」と返したら火に油でした。その瞬間、さらに激高されたので、別の医師に看取り往診をお願いしました。しかしその後も、さらにすごい勢いで電話がかかってきて、「今す

ぐ、お前がここに来て土下座しろ!」「なんでお前が謝りに来ないんだ!」「人が死んだら心臓マッサージだろう」「お前は医者をやめろ」と罵声はエスカレートする一方です。そのときも10分ほど、家族が入れ替わり立ち替わりで叫び続けました。

僕は電話口でも命の危険を感じたので、とっさに「今日はちょっと体調が悪いもので」と言いました(実際に悪かったのですが)。その瞬間に相手の口撃が止まりました。一瞬の沈黙の後、「熱があるんやったら、来んでええわ!」に変わりました。実は怖くて、いまだに謝りに行けていません。こちらに落ち度はないのに、なぜ謝らないといけないのか、という気持ちもあります。

廃用症候群で1年近く在宅医療に関わった90代後半の女性Bさんのケースもご紹介します。傾眠傾向で、食事もほとんど食べられなくなったので、いよいよお看取り期に入ったと判断しました。そこで、お身内数人を集めて、お看取りの話をしました。

しかし運悪く(?)、殺人罪で長年刑務所に服役していたBさんの長男が、その前日に出所してきていたのです。彼は僕の説明を目の前でじーっと聞いていました。「仮に息が止まったときに救急車を呼んでしまったら……」と説明している最中に、その長男が突然大声を上げるや否や、なんと本物の「ちゃぶ台返し」をしました。

扉のガラスが粉々に割れました。「おいこら! なんで人が死ぬのに、なんもせーへんねん!? お前はそれでも医者かー!」と暴れ出しました。長男だけが、Bさんの死を受け入れら

れていないことは、他の家族は全員分かっていた。しかし長男は実際に犯罪歴がある人なので、家族は止めることもできず、僕は命の危険を感じながら家を出ました。

果たしてその3日後、Bさんが息を引き取られたときには、自分が行っても大丈夫なものか、正直に言うと、殺されやしないかとドキドキしながら部屋に入りました。精一杯、ご家族に誠実に向き合いながら、淡々と死亡診断書を書きましたが、長男とは目を合わせないようにしました。しかしそのときの長男は、すすり泣くだけで今度は何も言いませんでした。

このように、長い経過がある老衰の方の平穏死であっても、死を受け入れられない家族は実際にいくらでもありますし、長年在宅医をやっている、ご家族に恐怖を感じることはいくらでもあります。

「緩和ケア」と伝えた途端……

命の危険を一番感じたのは、今から10年ほど前、30代の息子さんに胸ぐらをつかまれて締め付けられたときでしょうか。末期がんで痛みが増した70代のCさんを診察したときのこと。ご本人に「これからは、しっかり痛みを和らげていく緩和ケアを行いますね」と言った瞬間、隣で聞いていたCさんの息子に無理やり廊下に連れ出され、「お前、今、親父に緩和ケアと言っただろう。緩和ケアという言葉は、死を意味する言葉だよな! 親父がショックを受けたらどうするんだ!? 土下座して謝れ!」とすごまれました。

命の危険を感じたのでとっさに反

撃しようと思いましたが、僕より体格の大きい人だったので、下手をすると命に関わると思い、されるがままにしていたら、3分後くらいに締め付けが解けてホッとしました。この出来事の詳細は、『抗がん剤10の「やめどき」』（ブックマン社）という本にも書いています。

「緩和ケア=死の宣告」と認識している人が少なからずいるのだと、そのときまでは意識していませんでした。同様に、「医療用麻薬」とか「モルヒネ」とか「ホスピス」という言葉を患者さんへの説明の中で使ったばかりに、家族から強いクレームを受けたり、主治医を交代させられたこともあり。本人を傷つけた、と。

常に言葉には気を付けているつもりだし、できるだけ分かりやすく説明したつもりでいても、受け取る相手が真逆に捉えるときもあります。その方が言葉をどのように理解するかによって、受け取られ方がまったく違ってしまふことがあります。

自分のコミュニケーションスキルが劣るだけなのでしょうが、それ以降、「緩和ケア」とか「麻薬」という言葉を使うときは、いつでも緊張しています。日本緩和医療学会は「早期からの緩和ケア」をうたっていますが、そう認識していない市民がまだまだいくらでもあります。

8050問題とケアマネ

いわゆる8050問題に遭遇することも稀ではありません。

ふじみ野市の事件と同様に「親が死んで年金が無くなった俺は生き

ていけないから、本人の希望を無視して胃ろうでもなんでもしてくれ。長生きさせないとぶっ殺すからな」と子どもから命の恐怖を感じる脅迫を受けたこともあり。子どもが親の平穏死をぶち壊す事例の中でも、「年金目当て」が最悪のパターンです。

90代の患者さんで寝たきりで老衰だった方の息子が明らかに「年金目当て」だったケースでは、医療スタッフだけでなく、ケアマネや病院のケースワーカーとも相談しました。しかし実効性のある対応策は出ませんでした。広い意味で虐待のようにも思いましたが、それを通報すると報復されるかもしれないので、できませんでした。結局、息子の意向に従い、病院に入院させて胃ろうを造設したようです。しかし、退院後の主治医は辞退しました。難渋例においては新たな主治医にバトンタッチすることは決して悪いことではないと思います。相性もありますからね……。しかし、こんなケースに遭遇するたびに「人生会議」なんて言葉がおそろしく空虚に感じます。

このような8050問題をめぐるトラブルは今後も増えることでしょう。親子関係が密接になっている家庭での在宅医療のやりづらさ、社会性の欠けた引きこもりの子どもとのコミュニケーションの取り方など、ケアマネさんの課題は山積です。奇麗事では済まされません。

今回のふじみ野事件を契機に、在宅医療関係団体がリスク管理に動いていますが、実はケアマネさんの情報提供やご意見が大きな力を持っていますので、ケアマネ協会や市町村医

師会、訪問看護協会や行政の在宅医療部や多職種連携の会などでも、今回の事件のようなケースへの対応策について広く議論すべきでしょう。広い意味では、日本人の死生観の啓発やリビングウィルの啓発も必要です。できればさまざまな議論の結果を新聞や雑誌で市民に公表すべきです。

在宅医療や終末期医療に関する情報の非対称性(立場による情報の格差)に真摯に向き合い、それを在宅医療の推進のために前向きに生かしていくことこそが、亡くなられた在宅医への弔いになるのだと思います。

逃げるは恥ではありません

しかし、どんなに頑張ってもうまくいかないケースが現実にはあります。ネグレクトや虐待の根っこは深く、複雑で、多職種や行政レベルで到底解決できないケースが増えています。特に「死」が直接関わってきそうだと、時間をかけて築いてきたはずだった信頼関係がいつも簡単に壊れるケースを何度か経験しました。在宅医療の特性のひとつは「密室性」。密室では感情の爆発が起きやすいことは覚悟しておきましょう。しかし本当に「爆発」しそうなとき、ケアマネをはじめとする介護・医療関係者はどう対応すればいいのでしょうか。

あるいは、ケアマネや介護職員や訪問看護師などの女性スタッフが一人暮らしの男性からセクハラまがいの言動を受けることもよくあります。こちらは全力で注意を払いますが、「えっ? あの温厚そうな人が?」とい

う人が性的に逸脱することもままあります。これも密室性ならではの課題ですが、もしも時間に余裕があれば「地域包括支援センターや役所の窓口相談する」というのが教科書的な回答になるのでしょうか。しかし、晴天の霹靂のように思いもかけないトラブルに巻き込まれたら……僕の答えはいたって単純。うまくいかないときは逃げるに限る。逃げるは恥ではありません。少しでも身の危険を感じたら、無理せず危険区域から逃げるよう、僕はケアマネや訪問看護師に常にそう伝えています。担当を交代したほうがいいときもあります。性的被害をすぐに相談できる環境づくりが大切。さらには事業所を変えたほうがいいときもあります。

外来で暴れる患者なら躊躇なく警察を呼んでいます。ひと昔前は毎週のように警察を呼び、朝晩、待合室を巡回してもらっていました。一度でも暴れた患者には「出入り禁止」を告げました。報復を恐れたときもありましたが、何年か後に街角で機嫌よくしているその患者さんの姿を見たときに、「あれで良かったんだ」と確信しました。

「優しいケアマネや熱心な医療従事者こそが危ない」と専門家は今回の事件を分析しています。優しさや熱心さはもちろん大切です。しかし命の危険を感じたら躊躇なく逃げることも。もちろん日本人、特に子ども世代の死生観が長期的に大きな課題です。しかしそんな口上を述べる前に、プライドを捨ててでも逃げましょう。命より大切な使命などどの職種にもありません。

変わりゆく時代のケアマネジャー応援誌

2022年3月30日発行(毎月30日発行) 第33巻第4号 通巻368号
1995年3月14日第三種郵便物認可

月刊 ケアマネジメント

4月号

特 集

「本物」の
特定事業所を増やそう



連載

長尾和宏の「在宅介護を快適にする極意」
ふじみ野在宅医殺人事件と8050問題

特別企画

タイムリーで適切な情報共有のために
もっとICTを活用しよう
つるかめ診療所のIPWの取り組み