

うつ病者への事例：①救急医療現場事例

老年期のうつ病；服薬自殺

濱元淳子 Hamamoto Junko 日本赤十字九州国際看護大学

老年期の服薬自殺事例
をもとに

Cさん(65歳)は、40年勤めた会社を退職したばかりの老年期の男性だった。10年前に妻と死別し、その後、ひとり暮らしをしていた。近隣に娘夫婦と小学生になる孫が住んでおり、月に一度は食事をともにしていた。Cさんは、元来、真面目で几帳面な性格であり、これまで仕事一筋の人生だったようだ。退職前は、「今までは忙しくてやりたいこともやれなかったから、これからは自分のしたいことをする」と退職後に迎える第二の人生を楽しみにしている様子だったという。しかし、退職後のCさんが実際に「やりたいことをやる」ことはなかった。「何をしたいのかわからない」と訴えていたという。娘は、「今まで頑張ってきたのだから、無理せずゆっくり休んで」と父親を見守っていた。

退職を迎えたCさんのように、ライフサイクルの変化を機に発症するうつ病は少なくはないと考える。うつ傾向にあることを早期に発見し、希死念慮を抱く前に対処できるのが望ましいが、そのためには家族の支援が必須となる。今回、3回にわたって服薬自殺を起こしたCさんの事例を振り返り、家族を含めた支援のあり方について考えたい。

1 度目の大量服薬

ある日、Cさんが救急搬入された。意識レベルは、GCSでE3、V4、M5、バイタルサインは安定していた。家族の話によると、食事の約束をしていたにもかかわらず、約束の時間を過ぎても訪れないCさんを心配して訪問したところ、妻の仏壇の前で座り込むようにして倒れ込んでいるCさんを発見したとのことだった。Cさんは、退職後に睡眠障害を訴えており、かかりつけ医からベンゾジアゼピン系催眠・鎮静薬を処方されていた。空ヒートから十錠ほど服薬していると予測できた。すぐに胃洗浄と活性炭による吸着が行われた。Cさんの状態は落ち着いており、家族との会話も可能であった。

「どうして、薬なんて…」という娘に対し、Cさんは「薬の飲みすぎで救急車に世話になるとは、恥ずかしいことになった」「眠れなくて、ついつい1錠もう1錠と飲んでしまった。心配させて申し訳ないが、もう大丈夫だから」と笑顔で答えていた。腎機能障害が懸念され、ICUに一泊の観察入院となった。

2 度目の服薬自殺

1カ月ほど経ったある日、Cさんが再び救急搬入されてきた。Cさんは、高血圧の治療薬として服用していたβブロッカーとCa拮抗薬を十数錠服用していた。意識レベル

は、GCSでE2、V3、M5、心拍数40、血圧70/52、自発呼吸は保たれていた。硫酸アトロピンとカテコラミンが投与され、胃洗浄の準備がなされるなか、筆者はCさんの家族の対応にまわった。

娘婿の話によると、Cさんは、当院を退院後、それまでの生活と変わらない日々を過ごしていたようだった。ところが、22時ごろCさんから電話があったという。「仕事が無くなった今、生きている意味がない。いっそ死んでしまおうと考えたが、娘と孫のことが気がかり」と、唯一の男手となる娘婿に最後のお願いの電話をかけてきたようだった。娘婿は、急いで自宅に直行し、前回と同様に倒れ込んでいるCさんを発見し、救急車を依頼したとのことだった。

その後、CさんはICU入院となった。筆者は、ICUへの引き継ぎの際、前回の受診からの経緯も含め申し送った。患者プロフィール用紙のアセスメント欄に、おそらく退職を機に発生したうつ病にともなう希死念慮であること、再発の可能性が高いこと、および今後、家族を含めた支援が必要になることを記入した。

Cさんの状態は回復に向かい、3日後、精神科病院の受診を条件に退院となった。

3度目の服薬自殺

さらに1カ月ほど経ったころ、再びCさんが服薬自殺を図り救急搬入された。3度目の服薬自殺に「またCさん」と冷たい態度をとる看護師もいた。今回は、2度目の受診と同様にβブロッカーとCa拮抗薬を多量に服薬したが、気分不良で嘔吐してしまったとのことだった。Cさんは、「死のうと思ったのに死ぬこともできない、自分は無力な人間だ」と娘婿の携帯電話に連絡してきたという。服用した薬剤のほとんどを吐き出しており、幸いにも軽症であった。

娘に精神科から内服処方されていないのか尋ねたところ、「どこにも行きたくない」とCさんが拒否したため、受診させていなかったことが判明した。「どこにも行きたくない」という発言自体がうつ病の症状であることを説明したが、度重なる父親の自殺企図に対し、娘自身も現状を受けとめることができていない様子だった。

救急医は、精神科を受診し入院する必要性を説明したが、

娘は「精神科なんて、父がかわいそうです。ここに入院させてください」と精神科への入院を拒否した。娘、娘婿ともに、精神科に対する偏見があるのは明らかであった。そのため、筆者は救急医とともに「うつ病は適切な内服治療を行うことで、ある程度コントロールできるものであり、Cさんには専門的な治療が必要である」と繰り返し説明を行った。また、Cさん本人が、自分自身の行動をコントロールできていない今、家族が支えていく必要があること、そしてその義務が家族にあることも説明した。精神科受診を同意しなかった娘と娘婿も「Cさんの症状は、時が解決してくれるといった軽症のものではない」「苦しんでいるCさんを、このまま放っておくことはできない」という説得に共感し、最終的には精神科受診に同意した。

この3度目の受診後は、自宅に一番近い精神科を有する病院へ、当院から転送の手続きをとった。

Cさんの家族を含めた支援のあり方

Cさんの1度目の大量服薬は、不本意な事故だったのだろうか。「薬の飲みすぎで救急車に世話になるとは、恥ずかしいことになった」とCさんは、一見、事故であることを推測させる発言をしている。しかし、娘との食事の約束を破っていること、「眠ろうとして、ついつい一錠もう一錠と」と夕食の時間にもかかわらず睡眠薬を服薬していることなど、道理が合わないCさんの行動を考えると自殺であったと判断するのが妥当である。思い返せば、笑顔で帰宅された1度目の受診時、Cさんはいわゆる Smile depression であったと考える。この時点で、精神科の受診を勧めるべきであったが、いずれにしても娘と娘婿の協力が不可欠であった。

2度目の入院は、精神科の受診を条件に退院したものの、受診には至らなかった。ERからICUへの引き継ぎは、きちんと行っていたと考えるが、退院時カンファレンスへの参加や、退院時に電話連絡をもらうなどの取り決めをICUと交わしておく必要もあったと考える。精神科受診

について、もっと早いタイミングで家族の意向を確認し、受診させる気がないことを把握できていれば、3度目の服薬自殺は防ぐことができたかもしれない。

うつ病患者は、その症状から考えても積極的な行動が取れない状態であるため、精神科受診において家族の協力が必要となる。また、自殺企図の場合、救命活動に焦点が当たったため、退院後の生活を見据え、家族を巻き込んだかわりをもつことが二の次になりがちであるが、これらの傾向を認識し、患者とその家族の看護にあたるべきであるとCさんの事例を通してあらためて考えさせられた。

最後に、3度目の服薬自殺に対して「またCさん」と冷たい態度を取ってしまった看護師のように、「自分でしたこと」という認識から、患者に冷たく対応してしまう場合がある。とくにCさんのような再自殺に対して多い傾向にあると考えられる。しかし、人間を生き物としての観点から考えると、自らの生命活動を停止させる行動は、正常な行動ではない。つまり、自殺行為は「うつ」という病が起こした異常な行動と考えるべきであり、決して「自分でしたこと」ではないと考えるべきである。

第31回日本看護科学学会学術集会

■会 長：野嶋佐由美(高知県立大学副学長)

■メインテーマ：社会とともに拓く看護の新たな知への挑戦

■会 期：2011年12月2日(金)・3日(土)

■会 場：高知市文化プラザかるぽーと・高知県立県民文化ホール 等

■プログラム

- ・会長講演：「看護の知の構築に向けての方略」
- ・基調講演：「グローバル化のなかでの看護学の知の創造(仮)」
講師：南裕子氏(高知県立大学学長)
- ・特別講演Ⅰ：「日本人の生死観とケア(仮)」
講師：山折哲雄氏(国際日本文化研究センター名誉教授)
- ・特別講演Ⅱ：「坂本龍馬の世界観 ―イノベーション―(仮)」
講師：木村幸比古氏
(幕末維新ミュージアム霊山歴史館学芸課長、高知県観光特使)
- ・教育講演Ⅰ：「国民の生命と生活を守る看護からの政策提言の在り方(仮)」

講師：田村やよひ氏(国立看護大学校)

・教育講演Ⅱ：「社会のニーズに対応する看護の開拓―日本難病看護学会の活動を通して(仮)」

講師：小倉朗子氏(財団法人東京都医学研究機構 東京都神経科学総合研究所)

・教育講演Ⅲ：「日常性のなかで尊厳を守る看護倫理の考え方と実践について(仮)」

講師：片田範子氏(兵庫県立大学)

・シンポジウムⅠ：「ケアとケアのようごうを基盤とする看護実践の発展(仮)」

・シンポジウムⅡ：「社会に向けた看護の価値の可視化(仮)」

・シンポジウムⅢ：「新たな知の構築に向けて進化する看護研究方法(仮)」

・一般演題(口演・示説)

■30周年記念事業

■市民フォーラム

■ナーシング・サイエンス・カフェ