

平成 24 年 3 月 27 日

報道各位

精神薬の薬害を考える会
精神医療被害連絡会
全国自死遺族連絡会

拝啓、初春の候ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

うつ病を始めとする精神疾患の増加、それに伴う自殺の増加が社会問題化され、「心のケア」の必要性が強調され、製薬会社、精神医療界、政府、地方公共団体が一体となって、精神科治療受診キャンペーンが推し進められました。しかしながら、既に 10 数年経過したにも関わらず、自殺者は 3 万人を超えたまま高止まりの状態が続き、精神疾患患者は増加を続けています。

我々、精神医療被害者団体は、自殺や不審死に対する精神科治療や向精神薬の影響について強い疑念を抱いております。私共は、各政党及び厚生労働省に対し、被害の実態を報告すると共に改善の要望書を提出することと致しました。その甚大な被害であるにも関わらず、ここまで被害の拡大を許してきたことは無念の極みであります。被害はもう隠しきれないほどに拡大しており、この国の未来、存在さえも脅かす事態に発展しております。

我々は国民の監視のもと関係官庁、政党と公正な議論を重ね、根拠に基づいた施策を望んでおります。報道関係者の皆様には、その公正な議論を担保するための公正な報道をお願いしたい。

敬具

平成 24 年 3 月 27 日

厚生労働大臣 御中
厚生労働省 御中

精神薬の薬害を考える会
精神医療被害連絡会
全国自死遺族連絡会

精神医療改善の為の要望書

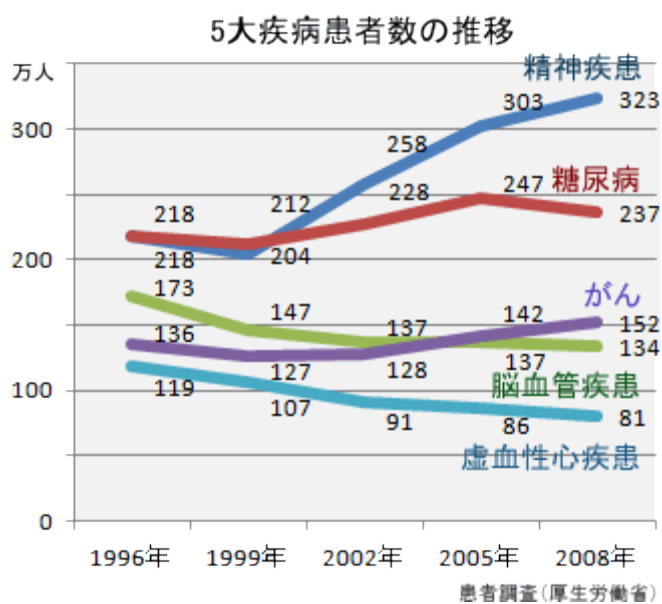
I. 被害の状況

○増大する精神医療関連社会コスト

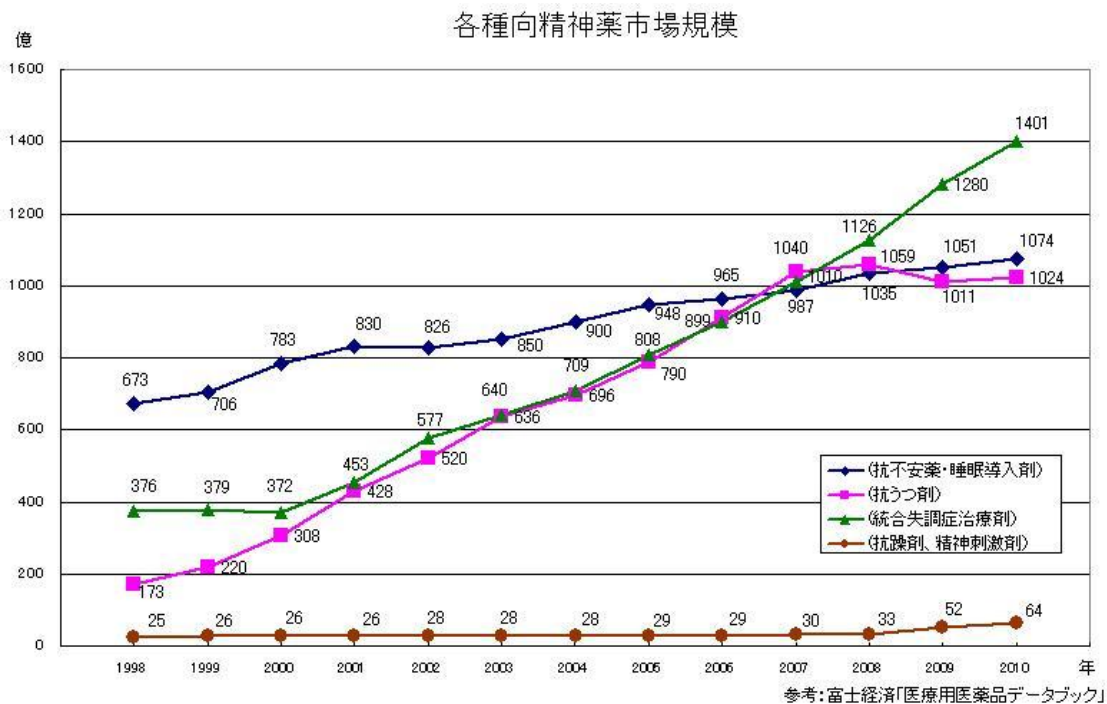
病気作り（disease-mongering）という言葉をご存知でしょうか？

病気の売り込み、あるいは売り込み行為（disease mongering）とは、製薬会社などがその販路を広めるために、医学界との共同歩調を通して、特定の病気をより重要な課題として社会問題化し、治療的介入を進め、その治療薬と特定の病気の知名度が上げられることを指します。この病気作り（Disease mongering）の問題は、当の精神医学の最大の学会である日本神経精神学会においても議題となっています。

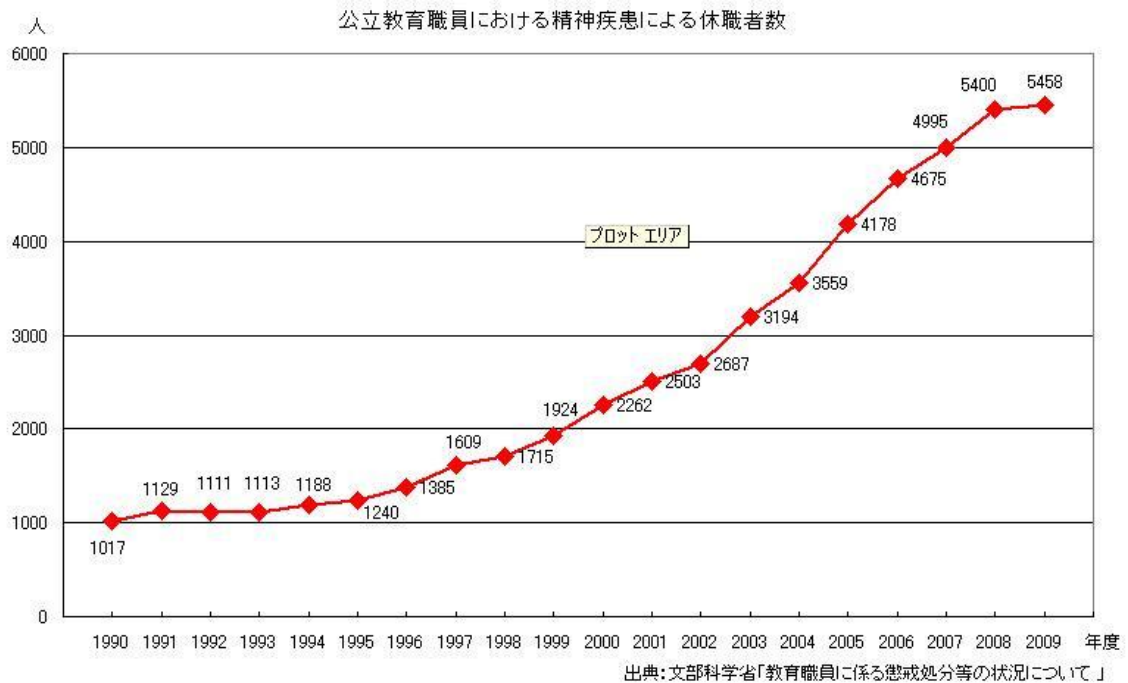
昨年、厚生労働省は 2011 年 7 月 6 日、「4 大疾病」と位置付けて重点的に対策に取り組んできたがん、脳卒中、心臓病、糖尿病に、新たに精神疾患を加えて「5 大疾病」とする方針を決めました。



伝染病でもないのに、患者が10年で1.5倍になるといったことがありますでしょうか？ここでカウントされた323万人とは、医師が保険請求するときにレセプトに書き込んだ適応症状名をカウントしたに過ぎません。一つの病気が10年で1.5倍に増えるのは、疫学的にもあまりにもおかしい。精神疾患そのものの基準を下げ、向精神薬を処方するために、精神疾患という保険請求適応名が増加したのが実態です。



教師の休職者は、1995年の1240人から2009年5458人と5.16倍に増加しています。その多くが精神疾患を原因とされています。教師を取り巻く労働環境がそれほど悪化したという事でしょうか？



民間の職場においても、同様な結果が出ていることが推測されます。こうした休職者の増加の原因は何でしょうか？精神疾患が増加したからでしょうか？我々は、精神医療の過剰診断と向精神薬の過剰投与による医原性の精神疾患を疑っています。

そして、その休職者の多くは職場復帰がかなわず、生活保護や自立支援を受ける事態に陥っています。生活保護予算 4 兆 6250 億円、自立支援費 3 兆 4000 億円。生活保護費の約 4 分の 1 が精神疾患障害者と言われています。

さらに、増大する精神疾患患者の医療費は、健康保険への増大する税金負担 11 兆円の一要因（平成 21 年度の精神疾患の医療費 1 兆 9046 億円）となっています。厚生労働省の支援研究で、精神疾患の社会コストは 8.2 兆円と計算されたものもあります。

病気が 10 年で 1.5 倍以上に増えるという不可解な精神疾患の増加に国民やマスコミが疑問を抱かないのは不思議でなりません。この肥大した精神医療を、本来あるべき姿に差し戻すことにより、消費税増税分に相当する規模の財政支出を削減することが可能です。財政が切迫する中、今まで聖域とされてきたこの分野の改革は必須です。

○向精神薬の関与が疑われる人的被害状況

病気作りによるこの日本社会の最大の損失は、向精神薬の影響による死亡被害です。もはや、薬物乱用の主役は、覚せい剤などの違法薬物ではありません。精神科処方薬の関与する中毒死は、毎年全国で 1000 人～5000 人存在すると推測されるが、違法薬物による中毒死は 100 人に満たない。

14 年連続で 3 万人を超えた自殺者の 5 割から 7 割が、精神科受診後に自死に至っています。我々被害者団体へ寄せられる証言は、「精神科受診後に病状が悪化した。」「薬の服用後になぜか死にたくなかった。」です。

さらに、精神科病院からの死亡退院は、月に 1500 人に上ります。

交通事故死を遥かにしのぐ数の向精神薬の関与する死者の存在が疑われるにも関わらず、今まで向精神薬の影響に対する本格的な死因調査研究は行われず、さらなる被害者を作っているのです。

<自殺>

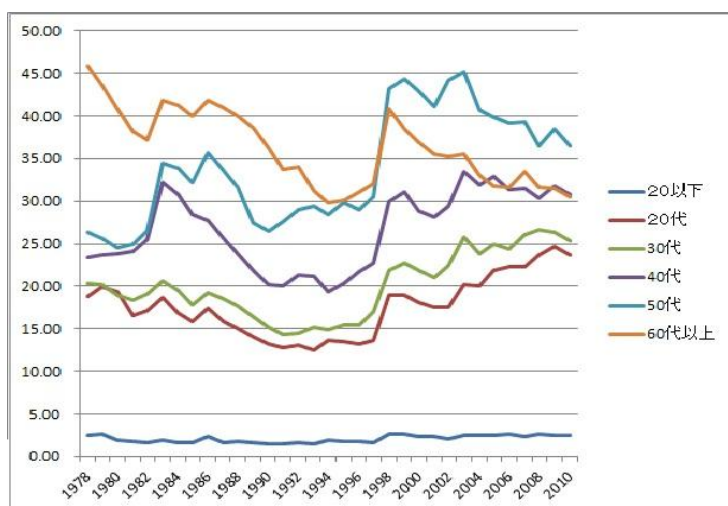
1998年の自殺者急増から、2011年まで14年連続で自殺者が3万人を超えたことは既に社会問題となっています。それに対する政府の自殺対策は、うつ病の増加が自殺者増加の原因とし、国民に精神科受診を奨める施策が取られてきました。結果、うつ病と診断される患者は4倍に増加し、その多くに向精神薬が投与されています。

全国自死遺族連絡会の聞き取り調査では、自殺者の約7割は既に精神科を受診中であったことが判明しています。平成22年度の内閣府の自殺対策白書では次のように記述されています。

3万人の自殺者は、高止まりでほぼ同水準で推移しています。自殺率は、年齢が高いほど高いことが知られています。年々高齢化の進む日本では、必然的に自殺者は増加傾向を辿ることが想定されます。そこで、精神医療被害連絡会では、自殺者の年齢別／性別の自殺率の推移の試算を行いました。その結果を以下のグラフに示します。

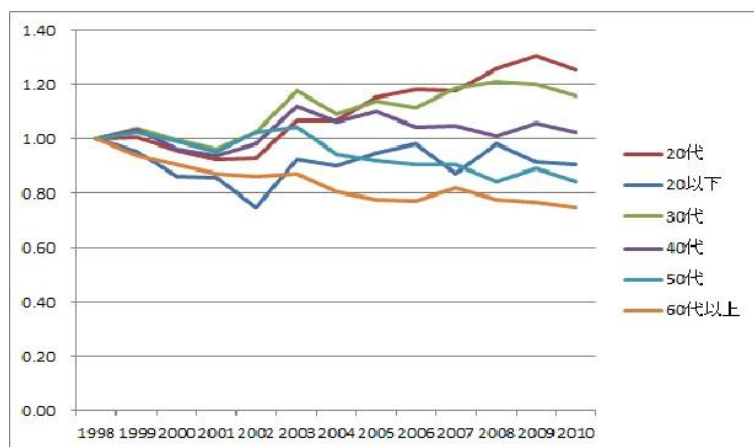
抗うつ剤SSRIの発売以降、40代を中心に年齢が低くなるほど自殺率は増加し、年齢が高くなるほど自殺率は減少している。

以下のグラフは、1978年から2010年までの年代別自殺率（10万あたり）の推移です。



自殺率では、かつての60代以上の世代の自殺率がさがり、他の世代の自殺率が上がり、全体的に自殺率が収束傾向にあることが判ります。

次のグラフは、自殺者が急増した1998年から2010年の年代別自殺率を、1998年を1とした増減率で表したものです。



20代から60代以上まで、40代を中心に見事に扇状に広がっていることがわかります。年代が若いほど、自殺率は増加し、年代は高いほど自殺率は減少していることが判ります。増減幅は±25%に及びます。これほどきれいなグラフは、何か年齢に関する自殺要因が存在していることを示しています。

その要因として疑われるのが抗うつ剤の若年層への影響です。次の記述は、抗うつ剤SSRIパキシルの医師向け医薬品添付文書からの抜粋です。

警告

海外で実施した7～18歳の大うつ病性障害患者を対象としたプラセボ対照試験において有効性が確認できなかったとの報告、また、自殺に関するリスクが増加するとの報告もあるので、本剤を18歳未満の大うつ病性障害患者に投与する際には適応を慎重に検討すること。（「効能・効果に関連する使用上の注意」、「慎重投与」、「重要な基本的注意」及び「小児等への投与」の項参照）

その他の注意

2.

海外で実施された大うつ病性障害等の精神疾患を有する患者を対象とした、本剤を含む複数の抗うつ剤の短期プラセボ対照臨床試験の検討結果において、24歳以下の患者では、自殺念慮や自殺企図の発現のリスクが抗うつ剤投与群でプラセボ群と比較して高かった。なお、25歳以上の患者における自殺念慮や自殺企図の発現のリスクの上昇は認められず、65歳以上においてはそのリスクが減少した。

3.

海外で実施された精神疾患を有する成人患者を対象とした、本剤のプラセボ対照臨床試験

の検討結果より、大うつ病性障害の患者において、プラセボ群と比較して本剤投与群での自殺企図の発現頻度が統計学的に有意に高かった（本剤投与群 3455 例中 11 例（0.32%）、プラセボ群 1978 例中 1 例（0.05%））。なお、本剤投与群での報告の多くは 18～30 歳の患者であった。（「重要な基本的注意 4.」参照）

このように、若年層の自殺と抗うつ剤との因果関係は、医薬品添付文書でも正式に認められています。

また、この若年層の自殺と精神科受診(抗うつ剤)の関連について、既に平成 21 年度の内閣府、平成 21 年度自殺対策白書にはこのように記述されています。

5 精神科治療と自殺

本調査を現在進めていくなかで、一つ気になっていることがある。それは、平成 21 年 4 月末までに各地域から送付された自殺既遂事例 43 事例のうち、20 事例（46.5%）に死亡前 1 年以内に精神科受診歴が認められたということである。これは、従来から指摘されている、「自殺既遂者の 9 割以上がその直前には何らかの精神障害に罹患した状態にありながら、精神科治療につながっているのは少数である」という知見と、矛盾する結果である。

もちろん、我々の調査対象は、現在進行中の状況にあり、また、対象数からいっても、わが国で起きている全自殺のごくわずかな部分しか反映していない。そもそも、自発的に調査協力を求めてきた遺族だけが情報収集源となっているために、対象の偏りはきわめて顕著であるととらえる必要がある。しかしその一方で、東京都福祉保健局が独自に行った自死遺族からの聞き取り調査（東京都福祉保健局編：自殺実態調査報告書―自死遺族からの聞き取り調査一、pp41－44, 2009）においても、自殺既遂者の 54.0%が死亡 2 週間前に精神科・心療内科に相談していたことが明らかにされており、その意味ではあながち無視できない知見なのかもしれない。

そこで我々は、死亡前 1 年以内に精神科に受診していた自殺既遂事例がどのような特徴を持ち、どのような精神科治療を受けていたのかを検討してみることにした。

表 11 に、死亡前 1 年以内の精神科受診の有無による自殺既遂者の人口動態的特徴を比較した結果を示す。死亡前 1 年以内の精神科を受診した者（精神科受診群）と受診しなかった者（非精神科受診群）とのあいだで、性別や職業に違いはなかった。しかし精神科受診群は、非精神科受診群に比べて顕著に死亡時の年齢が低く、その 60%が 20～30 代という比較的若年の成人であり、他方で、非精神科受診群の約 75%が 40 歳以上であった。

若年層の自殺に対する向精神薬の影響は、国も把握していたのです。しかしながら、この平成 21 年度のこの記述を最後に、これ以降の自殺対策白書には、精神科受診と自殺の関

連を疑う記述は何故か見当たらなくなりました。

そして、今年3月9日の警察庁の発表

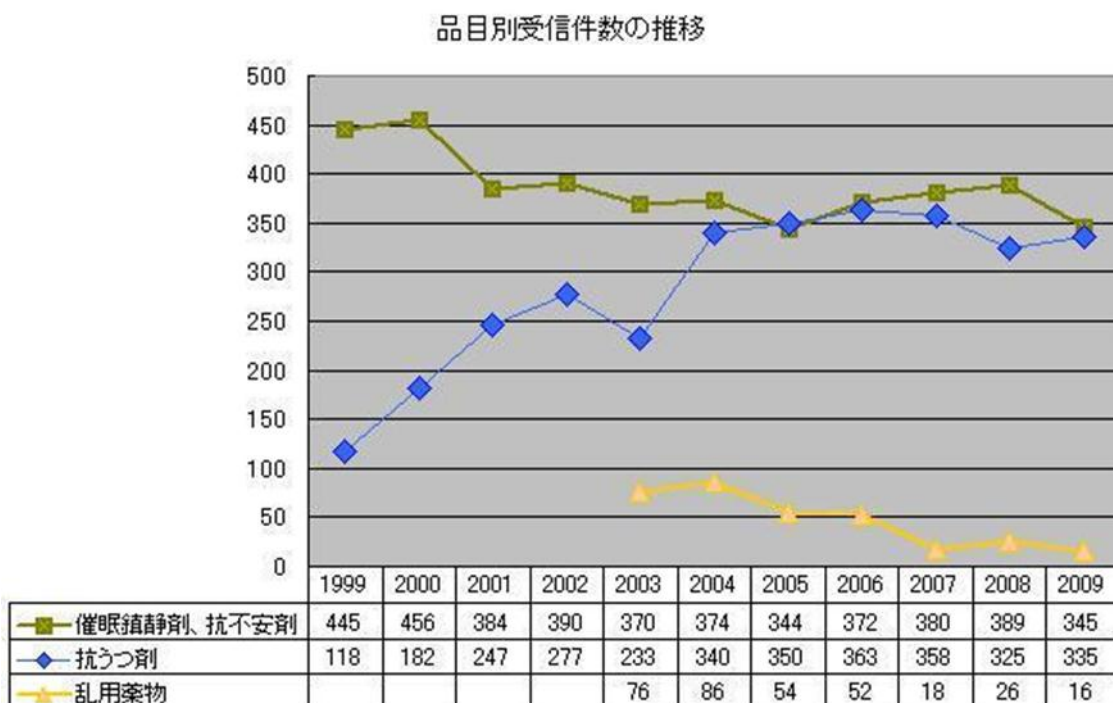
警察庁は、昨年1年間の全国の自殺者が3万651人だったと発表した。前年を1039人（3・3％）下回ったが、14年連続で3万人を超えた。「学生・生徒」が前年より101人（10・9％）増の1029人に上ったのが特徴で、統計を取り始めた1978年以降、初めて1000人を超えた。

このように、自殺者（特に若年層）に対する向精神薬の影響は極めて疑わしい状況にあります。現在の日本は、20代、30代の死因のトップが自殺という恥ずべき状況にあります。早急な調査と対策をお願いしたい。

<薬物中毒死>

3次救急に運ばれる患者の10%～20%が自殺企図者。その内約半数が薬物中毒者と言われている。平成22年度の3次救急の搬送件数は63万8141人。その内の10%～20%が自殺企図者とするとも毎年6万人から12万人が自殺企図で運ばれ、毎年3万人～6万人が薬物中毒で搬送されていることが想定されます。この数字は重症の3次救急の数字であり、2次、1次救急を含めるとさらに多くの中毒患者が搬送されている。この事実は、数十万にも及ぶ薬物依存者の存在を表しています。

次のグラフは、日本中毒センターに、医療機関からの中毒に関する問い合わせ件数をグラフ化したものです。



1999年の抗うつ剤SSRI発売後、当合わせ件数が激増していることがわかります。また薬物依存者の殆どが、違法薬物ではなく処方薬の依存者であることがわかります。

東京都23区内の不審死の行政・司法解剖を担当する東京都医務監察院では、平成22年度に14,396件の検体、2938人の行政解剖が行われた。その結果、654件のアルコールが検出され、843件の医薬品が検出された。覚せい剤等の違法薬物はわずか31件である。さらに843件の医薬品の内訳は、睡眠薬305件、抗てんかん薬79件、精神神経用剤303件、その他薬物124件ここのまですべてが精神科領域の薬品で、その他は、解熱鎮痛消炎剤25件、アルカロイド6件でしかありません。

さらに注目すべきは、いくつかの薬品に集中していることが判ります。ベゲタミンの成分であるフェノバルビタール 136 件、塩酸クロルプロマジン 85 件、塩酸プロメタジン 108 件である。843 件の検出薬物の内、329 件がベゲタミン関連成分である。またフェノバルビタールを含むバルビタール系の薬は 194 件を占めます。

我々被害者の感情を逆なでするのは、非合法薬物より遥かに多い処方薬による中毒死が存在するという調査研究の結果が無視され、何の対策も講じられていないことです。

また、警察が扱う変死体数は、平成 13 年度の 119,396 人から平成 22 年度 171,025 人に増加しています。この増加数もまた異常です。その内、行政・司法解剖されるのは 11.2% (平成 22 年度) に過ぎません。その多くに、自殺者や中毒死者が存在していることが疑われます。

さらに、死因が、薬物中毒とされず、心疾患や肺炎、糖尿病の合併症などとされたものの中にも、向精神薬の副作用による死者が多数含まれていることが想定されます。心疾患や肺炎、糖尿病の合併症は、向精神薬の主要な副作用です。特に月に 1500 人に達する精神科病院の死亡退院者の死因についても、向精神薬の過剰投与による副作用被害者が多数含まれていることが想定されます。

＜処方薬による薬物依存者、医原性精神疾患患者＞

自殺、不審死は、向精神薬による薬物依存者、医原性の精神病患者の最悪の結果です。その予備軍は、数倍から数十倍に及ぶと思われます。

自殺者や中毒死者の多くが、過量服薬の状況でそうした事態に至ったとされるが、その実態を正確に調査した研究はありません。そもそも、過量服薬に至るまでの間に、自殺者や中毒死者は、処方薬による薬物依存症や医原性の精神疾患となっていることが強く疑われます。

そう判断するに至ったのは以下の理由によります。

過剰診断による投薬

精神科治療に於いては恐ろしく単純な診断が行われています。精神障害の診断と統計の手引き（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders、DSM）は、精神疾患に関する診断のガイドライン。精神科医が患者の精神医学的問題を診断する際の指針を示すためにアメリカ精神医学会が定めたもので、世界保健機関による疾病及び関連保健問題の国際統計分類とともに、世界各国で用いられています。チェック項目の幾つかを満たせば、機械的に精神疾患と診断するもので、恐ろしく単純なものです。こうした診断に基づき、非常に危険な向精神薬が驚くほど簡単に投与されます。これが病気の定義を下げ、精神疾患患者を激増させた一因です。投薬の必要ない人に、向精神薬を投与すれば、向精神薬の副作用で依存症にも、薬剤性の精神疾患にもなります。

先のNHKスペシャルの番組【2月12日放送】では、うつ病診断の4割が、双極性障害であったと言う驚くべき内容の報道がなされました。これは恐るべき内容で、すでに劇薬である抗うつ剤を長年飲み、副作用に苦しむ患者はどうかとらえれば良いのでしょうか？

向精神薬は安全ではない

精神科処方には、いくつもの非科学的な投薬が存在します。

ベンゾジアゼピン系薬品は、睡眠薬・抗不安薬の第一選択肢として、精神科のみならず他の診療科でも安易に処方されています。問題なのは、ベンゾジアゼピンは安全な薬と言う作られた安全神話を国民のみならず医師達も信じているからです。欧米では、睡眠薬の処方には2週間を限度とするガイドラインが設定されています。

このベンゾジアゼピンや抗うつ剤の安易な処方に始まり、多くの患者さん（そもそもその多くは投薬の必要な患者ではない）が、処方薬による薬物依存症となり、薬剤性の精神疾患患者とされます。

精神科処方薬の多くは、麻薬及び向精神薬取締法で規制される薬品です。またその多く

は劇薬指定、習慣性薬、依存性薬の指定をされています。

最大の精神医学界である日本精神神経学会も、その学会誌の 2011 年 1 月号の冒頭で、安易な処方を警告しています。

根拠のない投薬

また、薬剤の使用上の注意書きである医薬品添付文書の記載を守らず、根拠のない危険な処方が乱発されています。その最悪の例が、精神科で慣習として行われる多剤大量処方です。多剤大量処方は、もともと統合失調症の治療に於ける日本独自の悪習です。街角クリニックの増加に伴い、うつ病治療や睡眠治療に於いても、その悪習が引き継がれました。

そもそも、精神科領域の薬品の殆どは、人体で小腸から吸収され、肝臓で代謝され、その能力を超えたものが血中に流れでて患部に作用します。それぞれの薬品の用量は、単剤で人間の防御機能を超える量が設定されています。同じ代謝メカニズムの薬品を併用すれば、用量オーバーになることは明白です。

また、最近では、うつ病治療に、もともと統合失調症の薬である非定型精神病薬を使用する治療法が流行しています。最近になり、うつ病、双極性障害、統合失調症の診断がますます混乱しており、根拠の薄い併用療法が乱発される傾向にあります。

こうした流れに対し、国は、同効薬の 3 剤併用でペナルティを課す方針を打ち出しました。国はこれらの弊害を認識しており、その中医協の精神医療の資料の中に海外のガイドラインを紹介し、暗に批判をしています。

(中医協資料中で紹介されている海外ガイドライン)

APA (アメリカ精神医学界)

- ・抗精神病薬／抗うつ剤は単剤を推奨。(併用のエビデンスは乏しい)
- ・ベンゾジアゼピンは依存の可能性があります、使用には注意が必要。

NICE (英国立医療技術評価機構)

- ・通常、抗うつ剤／抗精神病薬の併用は行わない。
- ・2 週間以上のベンゾジアゼピン投与は行わない。

副作用報告システムの形骸化

向精神薬による被害が表面化しない最大の理由は、我が国の副作用報告システムが機能していないことです。多くの医師は、処方薬による副作用症状を病気の悪化とし副作用を認めていない。また認めたとしても、副作用報告を行っていません。

自殺者、中毒死者の中には、過量服薬でない死者が多数含まれているが、そのほとんどが副作用として全く報告されていません。

II. 精神医療改善の為の要望

精神医療被害者としては、精神医療改善の為以下の施策をお願いしたい。1の死因の徹底究明は、最重要項目として実施して頂きたい。その解明が進むことにより、2以下の施策が如何に有効な施策であるか判断可能となります。我々の疑念を晴らす意味においても、早急な対応をお願いしたい。

願わくば、施策により、その職責は、政府／厚労省／学会に分かれると思われるが、事の重大性から特命チームを編成し、その構成メンバーは、製薬会社、医療界との利益相反しないことを担保して頂きたい。

1. 自殺者（未遂者）及び中毒死者の死因の徹底究明

被害者の精神科初診からの診断・投薬の変遷を含む調査。

自殺者（特に若年層）の向精神薬の影響調査。

年齢別・性別の自殺率と抗うつ剤の処方率の推移の分析。

精神科病院の死亡退院者の死因の分析調査（特に若年層）。

監察医制度の拡充。

特に、全ての自殺者、不審死の薬物血中濃度検査の義務化。

2. 厳密な診断・投薬ガイドラインの策定

薬物治療の必要／不必要な患者の選別を可能とするガイドラインの策定。

睡眠薬・抗不安薬の長期処方禁止。

安全性が確認されていない子供や妊産婦への向精神薬投与の規制。

若年層への向精神薬投与の規制。

減薬ガイドラインの策定。

併用療法のガイドラインの作成。

適応外処方における根拠のカルテへの記載と患者及び患者家族へのインフォームドコンセントの徹底。

副作用報告の義務化。

3. バルビタール系薬品の規制

中毒死原因薬の大半をしめるバルビツレート系薬品の厳格な規制。

4. TDMシステムの普及

米国では、患者の薬物血中濃度の測定が可能なシステムがあり、適切な血中濃度での投薬のコントロールが可能となっている。TDM対象薬物の投与はこのシステムの管理下に置く。

5. レセプトチェックの厳格化・科学的根拠に基づくレセプトの審査

現在、薬物相互作用がチェックされるのは禁忌の組み合わせのみ、医薬品添付文書の併用注意は事実上野放しにされている。同効薬の併用チェックのみでなく、同一の代謝メカニズムの薬の併用チェックが必要。

6. 患者からの苦情、副作用報告を受け付ける組織の設立

患者が医師を評価するシステムの構築、患者からの苦情、副作用報告を受け付ける。苦情の多い医師を指導／監督／処分する権限を持たせる。医療界からの独立性を担保する。

7. 処方薬による薬物依存者の治療施設の開設

国の責任の元、薬物依存者の治療を安全に行える治療施設の開設をお願いします。向精神薬の減薬は麻薬の断薬と同等の危険がある。

8. 日本版サンシャイン法の立法／施行

製薬会社と医師及び家族会への金銭の授受を明確にするサンシャイン法の日本での実施。

9. 受診キャンペーン広告の禁止

製薬会社による受診キャンペーンは、実質的な医薬品の消費者への広告と同等。薬事法違反が疑われる。

10. 職場健康診断でのメンタルヘルスチェック義務化法案の撤回

職場でのメンタルチェックは、批判されているDSMと同等のものであり、過剰診断に繋がる。現在の精神科医療では、更なる処方薬依存者や医原性精神疾患患者を生む。

以上。(文責は、精神医療被害連絡会 中川聡)