

医療化と病気作り（その弊害と改善への提言）

精神医療被害連絡会代表 全国オルタナティブ協議会準備室

日本社会で急激に進む医療化

このわずか十数年の間に、いつの間にか『心のケア』や『メンタルヘルス』といった言葉が社会全体に浸透し、我々国民は、心の病の専門家と名乗る精神科医の奨めるメンタルヘルス対策を受け入れてきた。その結果、学校や職場、そして生活保護や介護、障害者福祉、児童福祉施設、さらに司法判断まで、精神医療はあらゆる分野においてその影響力を広げている。人生には様々な困難が付き物であるが、もはやあらゆる困難が医療の治療対象とされてしまっている。困難をもたらした真の原因を追究せず、困難は本人の病気のせいとされ、追い込まれた側が向精神薬の投与を受けるという本末転倒な事態が引き起こされている。

学校での虐めの問題を例として取り上げれば、虐めを生んだ環境を問題にせず、虐めの当事者のみに責任を転嫁し、最大の被害者たる、虐めを受ける側の子供が治療対象となるということである。その子供に投薬する大義名分は、「苛められたストレスにより神経症状を呈しているから治療をする」または「虐められる理由が、環境への適応能力がないから、本人のQOLを高める為に治療する」ということである。虐めの本来の原因を追及することなしに、虐められた本人だけに薬をのんで我慢を強いることになっている。これは、虐めを受ける子供に対する更なる虐めに他ならない。なぜなら、現状の精神医療中心の『心のケア』では、いきなり薬物治療が行われるからである。

2011年の厚労省の調査では、専門医に対する調査で「幼児に向精神薬処方」が3割を超え、年齢が上がり高校生まで含めると精神科を受診した児童の7割に向精神薬が処方されていることが報告されている。忘れてはならないのは薬物治療という医療行為は本来的に傷害行為であることだ。

近年、精神科診断の標準とされているのは、アメリカ精神医学会の作成したDSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders、精神障害の診断と統計の手引

き）であるが、その診断方法は、その病気の原因を問わずに、症状から診断を下すやり方が採用されている。つまり、何故、その子が虐めに合ったという原因は問わず、単に不安であるとか、情緒不安定であるとか、元気がないなど症状だけで、簡単にうつとか統合失調症の診断が下され投薬対象とされてしまうという事である。

もし、その薬物治療が本当にその子の利益にかなっているならば、薬物治療も容認されるべきかもしれない。しかし、この虐めを受ける子供には、明らかなデメリットが2つある。一つは、虐められている子供を治療に導くことが問題の解決とされてしまい、そもそも虐めを生んだ環境が改善されないということ、もう一つは、薬物治療によって引き起こされる副作用被害である。留意せねばならないのは、向精神薬の子供への投与の根拠となるきちんとしたエビデンスは存在せず、副作用も過小評価されているということだ。さらに困ったことに向精神薬の副作用の多くは薬剤性の精神病である。

この2013年3月に、厚労省は、わが国で発売されている抗うつ薬SSRI及びSNRIに対し、子供のうつ病患者に効果が無いことを医薬品添付文書に記載するように指示を出した。また、同月、総務省は、医薬品の副作用報告が徹底されていないことや報告されている副作用が添付文書に反映されていないことなどに対し、厚労省に対し改善勧告をだしている。この2つの出来事は、子供に効果の確認されていない抗うつ薬を大量に処方し、そしてろくに副作用報告がされていないという事を改めて露呈した。

そもそも、精神医学会内部においても、子供にうつ病があるかについての結論さえ出していない。そもそも、ストレスによる神経症状のように、外部要因があるうつ症状は薬物治療の対象ではない。前述の2011年の厚労省調査を担当した国立精神・神経医療研究センター病院（東京都小平市）小児神経科の中川栄二医長は「神経伝達物質やホルモンの分泌に直接作用する薬もあるのに、幼いころから飲み

続けた場合の精神や身体の成長への影響が検証されていない。知識の乏しい医師が処方する例もある」と述べている。

このように、精神科の子供への向精神薬の処方が許容される条件は全く整っていない。効果も安全性も確認されていないこの状況で、子供を精神医療へ安易に繋ぐことが如何に危険なことであるかを国民も支援者もしっかり理解するべきである。

これは、学校を職場に置き換えても、全く同じ構図が描ける。本稿では、その薬物治療が引き起こす副作用被害の実態を明らかにし、安易に問題を医療に丸投げすること（医療化）の弊害を指摘する。

医療化とは

医療化という概念は、大きく分けて2つの捉え方がされている。一つは、今まで病気とされていなかった症状が医療による治療の対象にされること。もう一つは、今まで医療の関与しなかった分野に新たに医療が関わるということである。現在の精神医療は、この医療化の2つの概念を最大限に拡大してきた。前者の医療化とは、今まで治療の対象とされていなかった人々の苦しみや悲しみを病気と定義し治療の対象としたこと、後者は、心の専門家として、学校や職場に入り込み、自殺や貧困対策、生活保護や自立支援といった制度の立案や実施において中心的な役割を得ようとするところである。その医療化推進の中心となるキーワードが『心のケア』である。

そもそも、こうした医療化が浸透する以前の『心のケア』の担い手は誰だったのだろうか。それは宗教家であったり、社会学者や哲学者、文学者、作家、学校においては教師や同級生、職場であれば上司や同僚、人事部の人間であり、家庭においては親、祖父母、つまり、全ての人々が『心のケア』の担い手であったはずだ。かつての社会における『心のケア』が、今より良かったとは言わない。しかし、私にはこれら旧来の『心のケア』の担い手達が全て思考停止に陥っているように感じられる。有史以来、研究・議論されてきた心の問題が、高々50年の歴史しか持たない薬物治療に支配されている現状は異常である。うつ病の専門学会である日本うつ病学会でさえ、わずか10年の歴史しか持っ

ていない未熟な学会である。ADHDや発達障害などはさらに未熟なことは言うまでもない。このような急激な変化が許容されるのは、人類がなにか革新的・科学的な新しい発見をした場合に限られる。そうでない場合は、こうした急激な変化はただの流行に過ぎない。実際に精神医療は、精神疾患は脳内物質の不均衡という画期的な発見したという理由で医療化を正当化してきたのであるが、この説の科学的な根拠などどこにもない。

精神医療による『心のケア』を容認するには、我々国民は、その科学的な根拠を確認する必要がある。残念なことにかつての『心のケア』の担い手たちを含め社会全体が、この科学的根拠を確認する手順を踏まず、一部の精神科医と製薬会社により宣伝され、医療化された『心のケア』を盲目的に受け入れてしまったのである。それどころか、かつての『心のケア』の担い手たちまでも、その戦略に乗っかり、更なる医療化の推進役にさえなっている。しかし、もし、その科学的な根拠が不十分であったならば、この十数年で築いてきた精神医療を中心とした『心のケア』システムは砂上の楼閣に過ぎないことになる。

医療化はいかにして進められたか

社会環境が悪化したから精神疾患が増えたという。しかし、統計的に精神疾患の増加率と相関する社会的な指標はない。精神疾患患者の増加と相関するのは、精神科クリニックの増加（精神医療に携わる医療関係者の増加という事も出来る）、製薬会社の向精神薬の売上、精神疾患による休職者数、さらに言えば、20代、30代といった若年層の自殺数である。高々10年で、一つの病気が2倍に増えるためには、なにか伝染性の疾病が流行するか、戦争などの異常事態が起きねばならない。もちろん社会も人間もそれほど急激には変わらない。精神医療の主張するように、もし今まで治療の必要があったに関わらず適切な治療がされるようになったのなら、どこかで精神疾患患者は減少に転じるはずであるが、結果は増加の一途である。この精神疾患患者の増加は、今まで病気とされていなかった人々を病気と診断した医療化の結果に過ぎない。

我々は普通に暮らしていると、TVや雑誌、インターネットと言った媒体からいきなり漠然とした情報を得る。

「新型うつ病が増えているらしい」「学校での発達障害の子供が問題になっている」などといった新しい病気の概念や「良い薬が出来ました」「最近の睡眠薬は安全です」などといった薬の情報である。こうした情報は、詳しく調べて行けば、決して科学的根拠のある情報ではなくて広告であることがわかる。日本の薬事法では、薬の効果を直接宣伝することは禁止されているために、製薬会社の TVCM は「良い治療薬が出来ました。お医者さんに相談しましょう」という間接的な表現になっている。その CM を観た消費者は、自ら病院に出向き、医師の処方を通じて結果的にその製薬会社の薬を利用することになる。例えば、「禁煙はお医者さんに相談しよう」は、大手製薬企業ファイザー社がスポンサーの TVCM だが、禁煙の為に禁煙治療クリニックに行けば、同社の「チャンピックス」という禁煙治療薬が処方されることになる。これは、金融資本主義のもとで成長を義務付けられ、肥大化した自らの組織を維持することを目的とした製薬会社の売上拡大キャンペーンに過ぎず、その背景に何か革新的な新しい薬の発見があった訳ではない。製薬会社には、自らを存続させるために、一般大衆が日常的に薬を消費する大型商品が必要という事情がある。そのために製薬会社がとった戦略は、薬を売り込むのではなく、病気を売り込むというものである。

病気づくり（DISEASE MONGERING）

現在、市場に出される多くの薬は、患者の苦しむ特定の病気を治療するために開発されたのではない。その多くは、もともとあった化学物質の持つ特性に合わせて、治療薬としての体裁を整えて市場に出されている。さらに、注意すべきなのは、近年では薬に合わせて病気を作る（Disease Mongering）という事さえ行われてきた。この問題は、すでに精神医学界の内部において、もっとも会員が多く歴史のある日本精神神経学会でも議題として取り上げられている。

次は、「日本精神神経学会 第 107 回総会」、獨協医科大学 越谷病院 ころの診療科 井原裕医師のこの問題についての発表である。

『双極性障害と病気喧伝(disease mongering)』

『双極性障害がいきなり脚光を浴び始めたといっても、別に日本人が突然、躁うつ気分変動を呈し始めたわけではない。背景には、精神科医と製薬資本による「病気喧伝」(disease mongering) がある。製薬会社のマーケティング戦略に精神科医たちがいとも簡単に踊らされてしまう点こそが、事態の本質なのである。病気喧伝とは、生理的な範囲の身体の不調を指して、「病気だ、病気だ」と騒ぎ立てて、やれ「医者にかかれ」だの「治療しないとまずい」だのとかまびすしく説いてまわることをいう。製薬会社は医薬品の潜在的需要が、病気と健康の中間領域にあることを熟知している。そのため、巨大市場を求めて逆流性食道炎、過活動膀胱、脱毛症、勃起障害などの境界領域を狙い、研究開発費を上回る巨大な予算を広報活動に注入する。販売促進のための疾患啓発キャンペーンは、度が過ぎれば病気喧伝と紙一重となり、こうして疾患イメージは増幅され、医者たちは無邪気にも踊り始める。この状況を見れば、ころある市民が「製薬会社と医者が結託して病気を作って一儲けしようとしている」と思ったとしても何ら不思議はない。

精神科医は、これまで病気喧伝の扇動に従順であった。気分障害患者数が見かけの増加を始めたのは 1999 年。それは、富高(2009)も指摘するように、SSRI の本邦登場と一致する。製薬会社の疾患啓発にそそのかされた精神科医たちがよく考えもしないで SSRI を処方し、それに伴って保険病名「うつ病」を乱発したからであろう。そのほかにも、「注意欠陥多動性障害」(methylphenidate)、「社会不安障害」(SSRI)など、精神科医が情報操作にまんまと乗せられた例は枚挙にいとまがない。今後、病気喧伝の対象は双極性障害に移る。精神科医の多くが薬物療法以外の治療手段を考えられない現状は、危険である。私どもは歴史から教訓を得なければならない。』

これは、2011 年の日本精神神経学会で取り上げられた内容であるが、この井原医師の提言に対して、その後なにか具体的な対策が取られた形跡はない。井原医師の指摘した『うつ病ではなかった双極性障害キャンペーン』は、大々的に進められ、双極性障害診断は急増し、その治療薬の売り上げも急増した。このような状況のもとでは、国民は、現在病気と信じているものの多くが、「病気の敷居を下げ

る」とか「病気の定義」を変えるという「病気作り」によって作られたものであることを知り自衛する必要がある。

実際にどの病気がどの薬のために喧伝されたかを具体的に指摘したい。例えば、抗うつ薬 SSRI パキシルは、そもそも、うつ病の治療を目的として開発されたものではない。パロキセチンという化学物質が先にあって、当初製薬会社はこの化学物質をスタビライザー（抗不安薬）として発売しようとした。しかし、その当時、欧米ではベンゾジアゼピン（抗不安薬、睡眠薬）の依存性や離脱症状が問題になり抗不安薬に対する国民の評判がガタ落ちするという事態が引き起こされていた。そのため、パキシルをスタビライザーとして発売することを断念し、他の適応を探して、結局抗うつ薬として発売したのである。さらにこのパキシルなどの SSRI には性欲が低下するという副作用があるが、米国ではこの副作用を利用してセックス依存症の治療薬が市場に出されている。このように、現在の『新しい良い薬が出来ました』と宣伝される新薬の多くは、元々あった化学物質の性質や先行発売した薬の副作用を再利用して、新薬としての体裁を整えているに過ぎない。

そうした新薬を売り出す際に、製薬会社が取った戦略が『薬を売り込む』のではなく『病気を売り込む』と言う戦略である。現在では、うつ病は老若男女が発症する病気とされているが、1980 年以前においては、うつ病は特定の人、主に中年以降に発症する遺伝性の脳の病気（内因性うつ病）であった。有名な『抗うつ剤の功罪』の著者である英国の精神病理学者のデビット・ヒーリーが、薬害オンブズパーソン会議での講演で、そのあたりの経緯を当時の薬の宣伝ポスター画像など使ってわかりやすく説明をしている。その講演録には、SSRI 発売以前の古い抗うつ薬の広告に使われていたモデルが老人であったのが、SSRI の発売以後、徐々に若い人に代わっていく過程が示されている。これはうつ病の概念が、対象年齢を下げることにより拡大されていった過程を表わしている。

病気を売り込む最初の事例は、現在でもよく処方される抗不安薬アルプラゾラム（ソラナックス）の販促の際に行われた販売促進キャンペーンにみられる。ソラナックスを開発した製薬会社は、薬そのものを宣伝するのではなく、『パニック障害』という病気を宣伝するという販売戦略を

とった。その手法は、著名な精神科医にお金を払いこの新しい病気の研究論文を書いてもらい、目新しい病気としてメディアが取り上げ、国民はいつの間にかそうした病気を認知し、さらには自己診断を行い、自ら医療機関に足を運ぶことになったのである。その宣伝ポスターを見ただけでは、それが薬の宣伝ということは分からない。

この手法は、その後にくさくさまな新薬の販売戦略においても採用され、同じような手法の流行は現在まさに頂点をむかえようとしている。現在、国民が病気として認識している病気の多くが製薬会社のマーケティングにより作られた病気であることは、その病気の概念が提唱された時期には、必ずその治療薬が用意されていることで確認できる。また、その増加率で判断することもできる。HIV のように新たな伝染病が流行した場合を除き、通常病気が数年で数倍に増加することはありえない。何かの病気が急激に増加したならそれは、病気が増えたのではなく、基準が変わったということである。

表 1. 病気づくりと販促された薬

病気の名前	販促された薬
不安	ジアゼパム
パニック障害	ソラナックス
社会不安、対人恐怖	パキシルを発売しようとしたが失敗
若年層のうつ病	うつ病治療薬としてパキシルを販売
子供のうつ病	SSRI（その後、自殺作用の為に禁止、再度認可）
双極性障害	デパケン、カルバマゼピン
気分安定薬	リスパダール、ジプレキサ、エビリファイ
ADHD	コンサータ、ストラテラ

David Heary の講演録から筆者が作成

マーケティングに利用された DSM

病気作りの拡大に大きな役割を果たしたのが、アメリカ精神医学会の作成した DSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders、精神障害の診断と統計の手引き）である。これは、精神科医が患者の精神医学的問題を

診断する際の標準的な指針を示すためにアメリカ精神医学会が定めたものである。しかしながら、DSM のそもそもの用途は、英米の精神医学界においてバラバラであった精神症状の分類を、学術的な共通基準を作るために作成されたものである。診断基準と言うより、当初はただの分類であったのだ。しかし DSMⅢ（1980）において採用された多軸診断と言う概念を取り入れてから、精神医療は、患者の病因を考慮することなく、症状をカウントして病名をつける診断を取り入れ始めた。この頃から製薬会社は、病気作りの推進のために、DSM を利用しはじめたのである。

では、DSM が実際にどのようなことを引きおこしたのかを、DSM-Ⅳの作成委員長アレン・フランシス(Dr. Allen Frances)の重要な証言から拾ってみたい。

表 2 DSMⅣの引き起こした事態

Dr アレン・フランシスの証言

DSM-Ⅳによって急増した疾患

- ・注意欠陥障害（ADHD）3 倍
- ・自閉症 20 倍

2000～6000 人に 1 人から、88 人に 1 人（米国）38 人に 1 人（韓国）

- ・児童の双極性障害 20 倍
- ・双極性障害 2 倍
- ・気分障害 3 倍

米国では、薬の有効な重症のうつ病患者の 3 人に 1 人しか治療を受けられていない。逆に薬の治療を受けている人の半数以上は誤診である。

DSM-5 の最大の問題は、予防精神医療を推進しようとする試み、予防効果のエビデンスが乏しく、むやみな投薬治療に結びつく危険性が高い。

2012 年に行われた DSM-5 の大うつ病のフィールドトライアルでは信頼性は 3（診断の一致率）。

精神科診断は、誤診が大きく、その診断を、法医学的判断、障害判断、学校の判断、養子縁組の判断から切り離すべき。精神科の診断は、意思決定の一部であるべきであって、唯一の決定要因であってはならない。

DSM の小さな変更が、予想外の大きな影響を生む。15% の患者を救うための自閉症診断の変更が、200%の患者を

生んでしまった。

「ある診断が、広く行われるようになったら疑うべし」ということです。人間は直ぐに変わりませんが、物の名前は直ぐに変わります。もし突然多くの人が、同じ診断名を付けられるようになったら、それは患者さんが変わったのではなく考え方が変わったのであり。考え方が変わるのは、多くの場合、製薬会社が自社製品を売るためにその病気のマーケティングを動かしているからです。

うつ病で 5 割以上、子供の ADHD では 7 割以上、アスペルガーでは 95%以上の方達が過剰診断され、不要な投薬治療をされていると警告している。また DSM による診断の信頼性の低さゆえに様々な法的、教育、福祉制度上の意思決定における唯一の決定要因にするべきではないとしている。さらに、アレン・フランシスは、うつ病患者に抗うつ剤を投与して起きる躁症状を呈した患者さんを救うため（保険適応を受けるため）に、DSM-Ⅳで双極性障害Ⅱ型の診断を作ったと証言している。つまり、DSMⅣにおける双極性障害Ⅱ型は、医原病、薬剤性の副作用症状である。しかしながら、この日本でも、双極性障害Ⅱ型は、元々患者の持つ疾患としてとらえられている。こうした DSMⅣの引き起こした結果をみて、アレン・フランシスは、DSM の危険性を自覚しその後、DSM 診断のもたらす弊害に警鐘をならす立場に転じたのである。

善意の陰謀

『善意の陰謀』とは、英国の医薬品や医薬品行政を監視する NPO のソーシャルワーカーで、著書『暴走するクスリ』で有名なチャールズ・メダワーの言葉である。

『善意の陰謀』は、製薬会社やそれと癒着した一部の精神科医の病気づくりという意図を知らずして、そのマーケティング戦略に加担する善意の人々の行動を表わした造語である。この病気作り戦略は、巨大製薬会社により世界的に展開されており、この日本で起きている事態は既に欧米では先に経験済みである。欧米社会で起きたのと同じようなプロセスをこの国も辿ってきた。

『善意の陰謀』の最たるものは、発達障害キャンペーンに乗っかり、6%の子供が発達障害とする非科学的な数字を基に、支援という善意の名の下で、不要な薬物治療を子

供に強いるというおぞましき事態である。手におえない子供をその理由も問わず、発達障害とのレッテルを貼り、薬で押さえつけようとする親や教師、子供の心のケアをするという名目で学校に参与し、結局のところただ精神科に丸投げするカウンセラー、6%という数字を信じて指針を作った文部科学省の役人、発達障害支援法を作った政治家、そして、それを後押しした患者家族会。その多くが『善意の陰謀』の実践者に他ならない。職場において、過労や人間関係に起因するストレスで不調を訴える社員を、精神科に繋ぐだけの産業医も、製薬会社や御用学者の発表を鵜呑みにして嘘の情報を垂れ流すマスコミも同様である。一番困ったことは、『心のケア』の最高権威である巷の精神科医まで、この『善意の陰謀』の一翼を担っている自覚がないことである。

この問題の解決をさらに困難にしているのは、こうした善意に満ちた加担者の存在である。6%の発達障害児がいることを前提にシステムが構築され、それで日々の収入を得る多くの労働者が創出されてしまったことだ。この人々は、もう6%の発達障害児が居なければ、職を失いかねないのである。こうして『6%の発達障害児がいる』という根拠の無い数字が、根拠の無いまま徐々に社会のコンセンサスを得てしまう。

人間とは、常に都合の良い解釈をする生き物である。発達障害支援法成立から、すでに数年経過し、子供への向精神薬の影響はすでに出ているはずだが、都合の悪い結果はその眼に映らないようになっている。関係者は現実に向精神薬を投与された子供たちがその後どうなっているのかをそろそろ直視すべきである。口をモグモグさせている子供、小股で歩く子供、感情が無くなったと訴える子供、成長の遅れる子供は周りにいないだろうか。いたなら、それは病気の悪化ではなく、向精神薬の副作用により引き起こされた症状である。いつまでもその現実から目をそらしていれば、それはもはや『善意の陰謀』でさえなく、ただの児童虐待である。

2010年、国連の児童の権利委員会により、日本の児童を取り巻く状況について次のような見解が発表されている。

メンタルヘルス

60. 委員会は、著しい数の児童が情緒面での健康状態が低いとの報告をしていること、また両親や教師との関係の貧しさがその決定要因となっている可能性があることを示すデータに留意する。委員会はまた、発達障害者支援センターにおける注意欠陥多動性障害(ADHD)の相談数が増加していることに留意する。委員会は、ADHDの治療に関する研究と医療従事者の研修が開始されたことを歓迎するが、この現象が主に薬物によって治療されるべき生理的障害とみなされ、社会的決定要因が適切に考慮されていないことを懸念する。

61. 委員会は、締約国が、全ての環境における効果的な支援を確保するための学際的アプローチを通じ、児童と青少年の情緒的・心理的健康問題に対処するために効果的な措置を講じるよう勧告する。また、委員会は、締約国がADHDの診断数の推移を監視するとともに、この分野における研究が製薬産業とは独立した形で実施されることを確保するよう勧告する。（下線は筆者加筆）

このように、国連の児童の権利委員会は、精神科の過剰診断による向精神薬の過剰投与の問題は、単なる医療過誤の問題ではなく、重大な人権侵害の問題であると認識している。法的には医療行為はひとつの傷害行為であるが、外科手術が体を傷つけるのと同じように、薬物を服用する事もまた一つの傷害行為に過ぎない。その傷害行為が容認されるのは、その行為が治療の一環であり、高度な専門知識をもつ医師により実施され、本人の合意がある場合のみである。本人の意志が表明出来ない子供や、向精神薬で認知機能の落ちた患者の場合には、十分な合意は得られないし、その治療が本来治療の不必要な人々に施されているとすればそれはただの傷害行為である。

医療化により引き起こされた被害

毎年3万人の人々が自死で、毎年、数千の人々が薬物中毒死している。そして警察庁の発表によると病院以外で亡くなる変死体数は、119,396人（平成13年度）から171,025人（平成22年度）に急増している。それはなんと9年間で5万人以上の異常な増加である。その内、行政・司法解剖で死因が究明されているのはそのわずか11%に過ぎない。さらに毎月1700人近くが精神科病院からの死亡退院

している。その多くは心疾患などの病死とされているが、心疾患は向精神薬の代表的な副作用である。筆者には3万人越えの自死と同様に、この膨大な中毒死や変死が社会問題化されず放置されてきたことが不思議でしかたがない。それは他の先進国に度々指摘されるこの国の人権意識の低さと無縁ではない。

こうした人命の被害と精神科治療の関連を筆者は疑っている。これらの死者の多くが不適切な医療行為による犠牲者ではないかという疑念である。そう考えるに至った理由は、ここ数年で急激に増えたインターネット上の被害者の証言、2011年に発足したNPO精神医療被害連絡会（以後連絡会）に寄せられた数々の被害者証言を聞いたからである。さらに東京都医務監察院の中毒死研究の驚くべき数字を目の当たりにし、薬の副作用を認めない医師の態度、副作用報告制度が機能していないという事実を確認するに至り、疑念はさらに強くなった。

本稿では、様々な人的被害に対する精神科治療の関与を疑うに足るいくつかのエビデンスを提示したい。

自死と精神医療

まず検討せねばならないのは、最悪の被害である自死と精神医療の関わりである。自死者の多くは、自殺対策の名を借りた「精神医療受診キャンペーン」という病気作り戦略に乗せられ、精神医療の門を叩き、薬の副作用により悪化し、死亡に至っている。自死者遺族で作られる全国自死遺族連絡会の2010年の調査では、なんと自死者の69%が、精神科治療中であった。

現在の日本は、先進国の中で突出した自殺率であり、さらに20代、30代の死因のトップが自殺という恥すべき状況にある。もっとも少ない英国と比べると自殺率で6～7倍の開きがある。我が国の自殺が多い原因については、様々な検討が行われている。長く続く不況や将来の見えない閉そく感、格差社会、はたまた日本人の死生観（腹切り文化）を原因とする説まで数多の説が存在する。しかし、そこには重要な視点が欠如している。それは精神科治療と向精神薬の持つ自殺惹起作用の影響である。

こうした状況のもと、連絡会に寄せられる精神科サイバー（精神科治療における薬漬け状態から脱して、生活を

取り戻した方、その脱出過程にある方の事を指す）は、皆、口を揃えてこう言う。

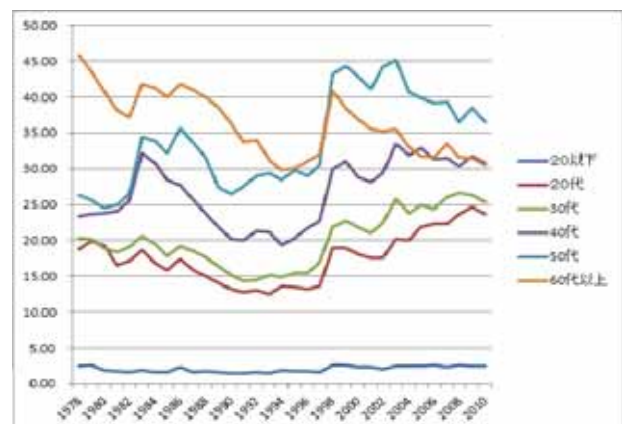
「何故か死にたくなった。」

実際に行為に及び未遂で生き残った方は、

「なぜ、そうしたのかわからない。」

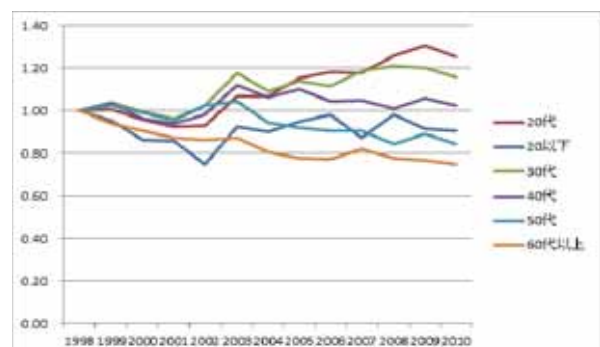
その自殺を企図した当時、彼等が難しい状況にいたことは間違いない。しかし、もともと彼らの多くには「死にたい」という考えは無かったのである。その希死念慮（死にたいと思うこと）の多くは、精神科の受診後、正しくは向精神薬の服用後に起きている。

次のグラフは、1978年から2010年までの年代別自殺率（10万人あたり）の推移である。60代以上の世代の自殺率がさがり、弱年世代の自殺率が上がり、全体的に各年代の自殺率の差が収束傾向にあることが判る。



グラフ：年齢別 10万人あたり自殺率の推移

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。



グラフ：1998年を1とした自殺率の増減数

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見て取れる。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る。増減幅は±25%に及び。これほどきれいな扇形のグラフが描かれるということは、何か年齢に關係する自殺要因が存在していることを示している。

一方、2008年に行われたFDA（アメリカの厚労省にあたる）提出された抗うつ薬の治験データのメタ分析の研究により、60~100人に1人が（プラセボに比べてよけいに）自殺関連リスクにさらされること、さらに若年層ではそのリスクが2~3倍に増強される事が判明している。自殺リスクは40代を境に若年層ほど増加し、年齢と共に減少することが示されている。もはや、若年層の自死において抗うつ薬が関与しているのは純然たる事実である。

生活保護者の自死

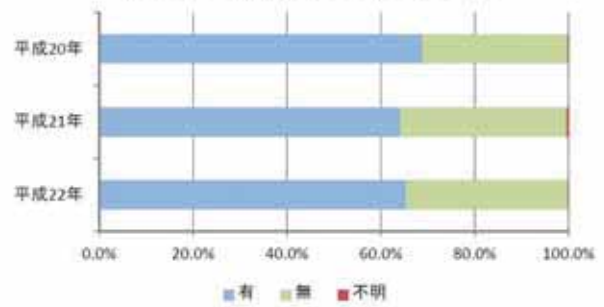
もう一つ、自死と精神医療の関わりを示すデータがある。それは、生活保護者の自死率である。

20代、30代、40代の自殺率が100人/10万（一般は25人/10万人）を超えている。こちらでも若年層の自殺率が高いことが判る。生活保護の開始理由において、全体の約4割が精神疾患を理由としているが、精神疾患が開始理由ということは、少なくとも4割の生活保護者が精神科を受診し治療を受けた上で生活保護に至っているという事である。



次は生活保護者の自死の内、精神疾患を患っている割合を示すグラフである。6割から7割の自死者が精神科で治療中であったことが判る。

精神疾患の有無別被保護自殺者数の割合



若年層の自殺理由の内訳

自死の動機を年齢別に分類したのが次の表である。警察庁の平成22年度の自殺関連統計から、自殺の動機として健康問題とされた事例を抜き出した。

平成22年度年齢別自殺動機	10代	20代	30代	40代	50代	60代
自殺数	543	3,366	4,940	5,713	6,573	6,227
男	329	2,356	3,377	4,279	5,024	4,377
女	214	1,010	1,563	1,434	1,549	1,850
家庭問題	97	356	684	780	811	810
男	59	244	415	522	544	520
女	38	112	269	258	267	290
健康問題	140	1,293	2,101	2,202	2,595	3,268
健康問題/自殺数	26%	38%	43%	39%	39%	52%
男	70	728	1,174	1,332	1,629	1,937
女	70	565	927	870	966	1,311
体の病気	14	75	194	323	733	1,392
体の病気/健康問題	10%	6%	9%	15%	28%	43%
男	11	57	123	218	546	983
女	3	18	71	105	187	409
精神疾患	4%	3%	8%	12%	19%	31%
精神疾患/健康問題	84%	89%	85%	79%	65%	50%
男	54	625	973	999	946	777
女	64	524	823	733	744	858
うつ病	91%	93%	89%	84%	77%	65%
うつ病	58	724	1,184	1,251	1,299	1,304
統合失調症	27	384	629	731	727	619
その他の精神疾患	31	340	555	520	572	685
統合失調症	28	234	376	287	242	149
その他の精神疾患	12	131	218	163	132	65
その他の精神疾患	16	103	158	124	110	84
その他の精神疾患	32	191	236	194	149	182
その他の精神疾患	15	110	126	105	87	93
その他の精神疾患	17	81	110	89	62	89

10代から60代にかけて、加齢に従って健康問題が自殺の動機として増加しているのが判る。注目頂きたいのはその内の精神疾患の割合である。10代から40代において自殺の動機が健康問題とされた内の80~90%が精神疾患による健康問題である。男女別では、女性の精神疾患の割合が高い。

平成23年度に26年間守ってきた女性の平均寿命の長さ世界一が2位に転落した理由は、東日本大震災の死者とこの若年層の自殺者の増加である。女性の自死の最大の要因は年代を問わず精神疾患である。