

欧米では認められている因果関係

2009年あたりから、米国では抗うつ剤パキシルの副作用に対する訴訟が頻発し、抗うつ剤SSRI、パキシルの製造・販売元であるGSK（グラクソスミスクライン）社は胎児への副作用と合わせ、自殺関連副作用被害に対し総額9億ドルに及ぶ和解金の支払いにに応じている。これは米国では、既に抗うつ剤と自死との因果関係が認められていることを示している。これは日本の過払い金返還訴訟のようなレベルで、弁護士事務所がわざわざ被害者を広告で募集するような事態にまで至っている。さらに治験における自死副作用リスクを低く見せる作偽的なデータ改ざんなども明るみに出て、それに対する賠償金も支払う事態となっている。

それに比べて、我が国においては、いまだに抗うつ薬による自殺惹起の副作用が社会に認知されていないどころか、肝心の司法の場においても認められた例はない。

特に若年層（10代～30代）の自死には向精神薬が関与することは、まぎれもない事実である。補足として注目頂きたいのは、お隣の韓国の状況である。2010年ついに我が国を超えて自殺率は先進国No. 1となった。度々、若い芸能人の自死が報道される中、韓国ではその過酷な受験競争に打ち勝つため、学習クリニックと呼ばれる精神科クリニックが大繁盛している。そこでは、集中力を高めるとして日本ではADHDに処方される覚せい剤リタリン（コンサータ）が乱処方される事態が起きている。韓国はこの日本以上に急激な医療化が進んでいることから、自死者と急増とこの急激な医療化の関連が疑われる。

自死への向精神薬との関連を無視する学会／厚労省

これだけの事実があるにも関わらず、精神医学会も厚労省も、『自殺と向精神薬（精神科治療）の因果関係』の調査を行う事さえ拒否している。2012年8月には、調査を求める連絡会や自死遺族連絡会の申し入れに対し、厚労省は調査の必要はないと回答した。

彼らの戦略は、ただひたすら『うつ病で自殺した』『若者を取り巻く社会状況が悪化した』と声高に繰り返し、被

害者の声を黙殺するというものである。このネグレクトはもはや犯罪レベルに達している。

自死の問題として、疑わねばならないのは自死者3万人という数字の信憑性である。この数字はあくまでも警察により自死と判断された数字である。この国では、この10年で5万人以上も不審死や中毒死が激増し、その合計は17万人に達している。その不審死や中毒死が、自死者としてカウントされていない可能性がある。

薬物中毒死と精神医療

自死の陰に隠れて目立たないが、もう一つ精神医療が大きく関わっている明確な被害がある。それはオーバードーズ（過量服薬）と称される薬物中毒の被害である。東京都監察医務院は、東京都23区内の不審死（医師の居ない場所でなくなったケース）について行政解剖及び司法解剖を行っている。

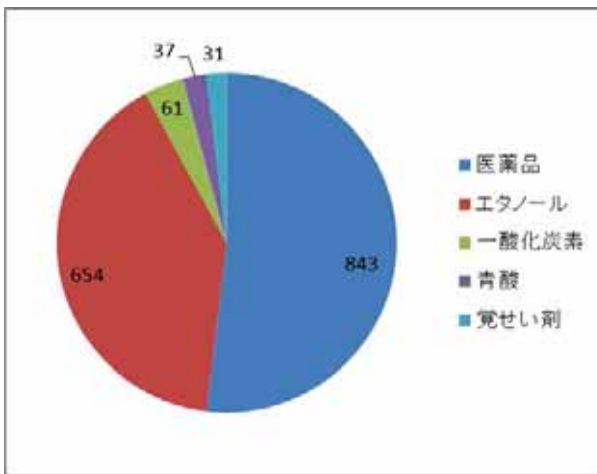
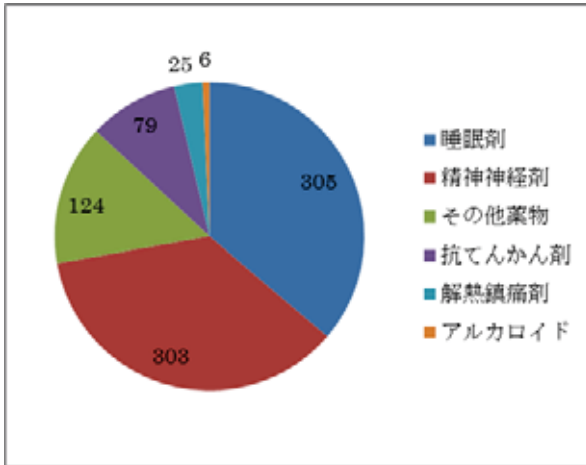
東京23区内では、2010年度の件数（検死依頼のあった数）は14,396人である。これは東京都総死者数の20%に相当する。その内2,938件について解剖が行われている。明確なデータが存在しない非科学的な精神医療の問題において、この東京都監察医務院のデータは数少ない科学的なデータである。その解剖において薬物の関与が疑われるものに対して、薬物検出テストが行われる。

残念なことに、東京都監察医務院の薬物検査の取り扱い件数は増加傾向にある。それに従い薬物の検出件数も増加傾向にある。検案数は、2006年の12,022件から2010年の14,396件に増加し、解剖数も同2553件から2938件に増加している。国全体の不審死が激増していることと同様の傾向である。

その資料には、薬物中毒死における驚くべき事実が記載されている。薬物中毒と聞いて読者の皆様は何を思いだすであろうか？洗剤や農薬、はたまた覚せい剤や麻薬といった違法薬物であろうか？その大半はアルコールと精神科で処方される向精神薬である。

中毒死の主役は処方薬

東京都監察医務院の解剖データから分かるのは、薬物中毒死の実態である。



この図は、検出された薬物の詳細である。睡眠剤には抗不安薬も含まれる。精神神経剤とは抗うつ剤や抗精神病薬、鎮静剤などが含まれる。その他の薬物と分類されているのはヒルナミンやヒベルナという抗ヒスタミン剤で、これもまた精神科で処方された薬物である。解熱鎮痛剤とアルカロイドだけが、精神科処方薬以外の薬物である。このように薬物中毒死の大部分は、覚せい剤などの違法薬物ではなく精神科処方薬が原因である。次は実際に検出された薬物のランキングである。

849 件の医薬品検出の内 194 件がバルビタール系睡眠薬

順位	薬品名	件数
1	フェノバルビタール（ベグタミン）	136
2	塩酸プロメタジン（ベグタミン）	108
3	塩酸クロルプロマジン（ベグタミン）	85
4	カルパマゼピン（テグレートール）	42
5	パントバルビタールCA（ラボナ）	36
6	マレイン酸レボメプロマジン	34

7	酒石酸ゾルデヒム（マイスリー）	33
8	フマル酸クエチアピン（セロクエル）	27
9	クロラゼブ酸ニカリウム（メンドン）	27
10	バルプロ酸ナトリウム（デパケン）	27

上位3位までは、全てベグタミンという強力な鎮静・睡眠薬である。同資料の中でもわざわざベグタミンだけが特別に個別に計上されるなど、薬物中毒死の最大の原因薬である。この薬品が突出していることには理由がある。一つは、ベグタミンに含まれるフェノバルビタールという睡眠薬が、バルビツレート酸系という非常に安全域の狭い薬品であることだ。ベグタミンという薬は、このフェノバルビタールに加え、その効果を倍増させる2つのフェノチアジン系の薬で構成されていて、もともと安全域の狭いフェノバルビタールの効果を増強する非常に危険な薬である。中毒死にはこのバルビツレート酸が深くかかわっている。

パンドラの箱を開けた街角クリニック

年配の精神科や他診療科の医師には、ベグタミンやラボナといったバルビツレート酸の薬は、麻酔目的や呼吸管理施設のある場所で使うものだとの認識がある。さらに歴史を辿れば1960年代に一度睡眠薬の乱用ブームがあり、その主役がバルビツレート酸系薬品であった。50代以上の日本人が漠然と睡眠薬が危険だと記憶しているのはこうした経験が日本社会にあったからである。かのマリリンモンローの変死やかつて芥川龍之介といった文豪たちの死にもこのバルビツレート酸系薬品が絡んでいたと伝えられている。その時代には、こうした睡眠薬が薬局で買える市販薬で、その乱用を防ぐためにわざわざ処方薬として規制を加えることになったという経緯がある。そのおかげで、バルビツレート酸は、一旦、手術室と精神科病院内だけで使われることになったのである。

その薬が再び、病院を飛び出し街に流出したのは、精神科病院の医師が、街角で心療内科や精神科クリニックの看板を掲げて開業してからである。そもそも症状の軽い「うつ病」や「不眠症」患者を診たこともない医師が、心の専門家として街に溢れ出し、それと一緒にバルビツレート酸を街に持ち出したのである。医師たちは、過去に自らが箱に封印した社会悪を自らの手で開けてしまった。自死の手

段で一番多いのがこの過量服薬であるが、その半分以上の死（東京 23 区だけで年間 100 人）にバルビツレート酸が関与している。

自死や過量服薬（OVER DOSE）の責任の所在

被害者の努力により、近年、様々なメディアでこの問題は取り上げられ始めた。被害の実態が社会に伝えられることは悪いことではない。しかし、被害がマスコミに取り上げられる度に被害者が閉口することがある。それは、「過量服薬が患者本人の責任」とされることである。また厚労省や精神医学界からみた過量服薬問題は、「患者が自殺目的で過量服薬してしまう。」という表現となる。それは、過量服薬問題の解決策として「一度に沢山出さない」という枝葉の解決策に留まっていることに如実に表れている。行政や医療側からみた過量服薬者は、服薬アドヒアランスの悪い手間のかかる患者という扱いなのだ。マスコミはこのあたりを丁寧に報道する必要がある。

過量服薬に至る原因は、好きでやっている薬物濫用ではない。いやそれよりも良くなならない、一向に楽にならないことから追い詰められ、その焦燥感や大きな不安からくる混乱の中で過量服薬やリストカットに至る。決して甘えとか、死にたいという理由ではない。乱用したくて乱用したのではなく、乱用せざる得ない状況に追い込まれている。

服薬しないと治らないと医者から言われ、判断力を失わせ、衝動性を高める薬の作用と、治療しているのに良くなならないこと（むしろ状況が悪化する）への焦りから、追い詰められた結果として過量服薬を繰り返してしまう。

連絡会に参加する多くの精神科サバイバーの方達の数々にも、過量服薬やリストカットの経験がある。筆者の主催する勉強会後の懇親会で、その場に参加していた元精神科にかかり精神薬を服用していた 7 名全員にリストカットの跡があって驚いたことがある。それほど皆同じような経験をするのである。過量服薬に至った多くの方は、ただ治りたいとの一心で処方された薬を飲み、そのうち耐性がつき、より強力な薬を飲むことになり、時間と共に追い詰められていく。精神科医達はそれを病状の悪化と捉えるが、それを副作用症状の悪化と捉えることも可能なのである。過量服薬は、安易な精神科の薬物治療により追い詰められ

た結果である。過量服薬に至る頃には、そもそも、自分が何で悩んでいたかも忘れてしまい、病気が一番の悩みとなる。この状態は治療前には無かったもので、これは明らかに医原性の症状そのものである。そこに至る過程を知ることなく本当の過量服薬の原因は理解不能である。

過量服薬への入り口

向精神薬は、一度飲み始めると容易にやめられない、そして徐々に量が増える性質（依存性、習慣性）をもともと持っている。安易に精神科の受診を勧めるということは、あなたの大切な人を薬地獄の入り口に立たせることと何ら変わらないことを国民全員で共有すべきである。広がる医療化の影響で、いまや誰でも薬物依存に陥る可能性がある。だれも薬を乱用する目的で、その薬の服用を始める訳ではない。精神科へのゲートキーパーは、『善意の陰謀』の片棒を担ぐ人達である。震災の被災者に安易に睡眠薬を配る行為など、その最たるものだ。

過量服薬への第一歩は、軽い不眠や不安、ストレスに対し抗不安薬や睡眠薬といったマイナートランキライザーが処方されることに始まる。ベンゾジアゼピン系のこれらの薬は、わが国では安全な薬として精神科のみならず他科でも気軽に処方され、国民も安全と信じている薬である。この安全とは、バルビツレート酸系の古い睡眠薬に比べて致死性が低いということで、その依存性リスクや離脱症状リスクはけっして低くない。そのためアメリカ精神医学会もその依存性の高さを認め処方推奨していないし、NICE（英国立医療技術評価機構）では 2 週間以上の処方を認めていない。

ところが、国連の国際麻薬統制委員会の 2010 年報告では、日本はベンゾジアゼピン系睡眠薬の使用量が突出して多く、同一人口当たりの使用量は米国の約 6 倍に達しているという呆れた状況にある。

ベンゾジアゼピンは、耐性獲得が早く、常用すればすぐに効果を感じなくなり、自然に使用量が増える性質を持っている。さらに都合が悪いのは、使用量が増えることにより、ベンゾジアゼピンは健忘やふらつき副作用のほかに、反跳性の不眠や奇異反応、イライラを引き起こす。こうしたイライラを人格障害などと診断し、反跳性の不眠を症状

の悪化と捉え、さらなる増薬が行われ、かくして精神医療のいう過量服薬リスクの高い人格障害を持つ患者が出来る上がるのである。

救急医が怒る多剤大量処方

救急搬送される夥しい数の患者（年間 63 万件 2010 年）に対して、救急の現場からは叫びのような悲鳴が上がっている。武蔵野赤十字病院の医師らは、2010 年に精神科医に向けた苦言と要望を学会誌に発表している。

同投稿によれば、同病院の救命救急センターに運びこまれる精神科処方薬中毒患者のうち、過去に自傷歴があるのは 81.4%、医師による患者服薬状態の把握懈怠が大量服薬に繋がったと推認されるものが 73.3%もあること、さらに 1 人平均 3.5 種、最多で 14 種もの薬物が処方されるなど同種同効薬の重複大量処方が顕著であると指摘している。「処方制御を図るよう折に触れて訴えてきたが、状況の改善はうかがえず、誠に忸怩たる思いである」と救急医達は述べているのである。

状況が改善されない理由として、救急医療からは次のような指摘がなされている。

処方薬による向精神薬中毒は、処方という「先行医療行為」に関連している＝医療事故である。医療事故は、「医療に伴う有害事象であり、過失の有無を問わず医療が関連して生じた意図しない身体的損傷で、そのために観察、治療を要するもの」と定義されている。処方薬による中毒が「医療事故」であることに疑問の余地はない。精神科処方医がこれを医療事故と認めず、「自分の処方正しかった」が「患者が勝手に過量服薬した」と考えようとしている。

こうした都合の良い認識は何も、精神科医達だけではなく、PMDAの副作用救済制度の担当者も、厚労省の技官も、さらに司法までこの認識に乗っかっているのである。患者サイドから見れば、方や救急医療の崩壊を持ち出して医療崩壊の危機を社会に訴えておいて、方やせせせと処方薬をばら撒いて救急医療を圧迫しているのである。こうした事からも、現在の日本の医療が自律作用を失っていることが判る。

現在の我が国は、正真正銘の薬漬け大国である。薬物乱用大国の米国の薬物依存の主役は、違法薬物であるが、この国は処方薬による薬物依存である。

被害者からの提言

最大の間違いは、作られた病気で過剰診断され、その治療薬とされる向精神薬の多くが、人間の根幹をなす脳に直接作用する危険な薬であるにも拘らず、向精神薬は、その安全性も効能も過大に評価されていることだ。薬の治験で証明された科学的な‘安全’と社会が信じている空気のような‘安全’の間には大きな齟齬がある。安全を取り違えているのは患者だけではない。FDAの治験データによれば、青年の大うつ病患者に対する抗うつ薬の効果は、わずか 8（効果が確認されるのに 8 人必要）である。他の精神疾患の治療薬も似たり寄ったりの成績である。医薬品の世界では、この数字は立派に効果のある薬とされる。それに対して、向精神薬の副作用発現率は少ないもので 4 割、多いもので 8 割に達する。60 人～100 人に 1 人に自殺念慮を引き起こす副作用があるのである。ちょっとした不安で訪れた患者に初診から処方できるような薬ではない。問題の根を深くしているのは、処方する医師もまたその空気のような向精神薬の‘安全’を信じていることだ。

原発事故が起きるまで、我々国民は、「原発は安全だ」という漠然とした情報を信じていた。しかし実際に原発事故を目の当たりにして初めてその危険性を知ることになった。この国では、科学的な事実よりも、「原発は安全だ」という空気のような事実がまかり通ってきたということだ。本当に原発が安全かどうか知るためには、原発がどういう仕組みで動いていて、どういう立地に建っていて、どういう安全対策が取られているかを知る必要があった。TVでの原発事故の解説を通じて日本中の人々が、初めて、原発の大まか仕組みを知り、様々な問題を抱えていることを知った。

現在の精神科医療には、原発問題と同様な様々な空気のような事実が蔓延している。我々国民は、「専門家が処方すれば向精神薬は安全だ」という漠然とした空気を信じている。それはただの空気であり、科学的な事実ではない事をまず学ぶ必要がある。

薬の代謝にはチトクロム P450 (CYP) という肝臓の代謝酵素が関わっている。その一つに CYP2D6 というタイプの代謝酵素があるが、この代謝酵素は、主な統合失調症治療薬、抗うつ薬の代謝に大きく関与している。問題は、日本人の 4 人に 1 人は遺伝的にこの代謝酵素の活性が 50% しかなく、別のタイプでは、10 人に 1 人の割合で全く活性が無いものもあることだ。あるタイプの代謝酵素の活性の低い患者に、同タイプの代謝酵素で代謝される薬を服薬させることは、お酒に弱い体質の方にお酒を飲ませることと同様である。残念ながら日本の医療現場では、この CYP を全く考慮せずに薬の処方が行われている。この CYP の例に限らず、医療の不勉強・非常識により患者に様々な不利益を与えているのは残念ながら事実である。こうした状況のなかで、盲目的に医師の処方信じて服薬アドヒアランスを守ることが患者の利益にならない。「お医者さんのいうことを聞けば大丈夫」などと信じることは到底できない。

原発問題で我々国民が学んだのは、専門家の言う漠然とした事実を盲目的に信じていても、自身の身の安全は守れないという事、科学的な根拠に基づいているのかを国民自身が検証していかなければならないという教訓であった。国民は、「うつ」や「統合失調症」とはなにか、「発達障害」とはなにか、またその治療に使う薬とはなにか、精神科治療の科学的根拠を確認する必要がある。

福祉における支援者教育では、しばしば、こうした専門的知識は医療の不可侵な領域とされ、現場で支援者が診断や投薬に口をはさむことはタブーとされている。それは果たして良い事だろうか？米国では、医師はもちろん PSW や心理カウンセラーなどの支援者なら CYP を含めた薬物相互作用の知識を持っていることは当たり前とされている。近年、医療現場に取り込まれているインフォームドコンセントを始めとする EBM 導入の目的は、患者本人が積極的に治療方法の決定に参加することにある。しかしながら、特に子供や精神科の患者さんは、その病気の特性や向精神薬の影響から、自らの意思決定を行う事が難しい状況に追い込まれている。患者の一番近くにいる家族や支援者は、認知能力の落ちた患者に代わり、積極的に治療に参加する役割を果たすべきではないだろうか。支援者が医学知識を持

つことは医師の邪魔をすることではない。むしろ医師をサポートし、患者の利益に寄与するものである。

かつて医療化の片棒を担いだ DSM の歴代編纂責任者(Ⅲ-ロバート・スピッツァー、Ⅳ-アレン・フランセス)、米国心理学会(会員数 5 万人)、英国心理学会、米国臨床心理士学会(会員数 12 万人)などが中心となり、2013 年に出版が予定される DSM-5 の編纂作業を進めるタスクフォース・メンバーに対する要望書がインターネット上に公開され、広く世界のメンタル・ヘルス関係者に向けて電子署名を呼びかけられた。これは DSM-5 への反対運動である。

2013 年 4 月 1 日現在、臨床心理士(心理学者)を中心に、精神看護師、PSW、各種カウンセラー、精神科医、作業療法士、約 14,500 件の署名がある。

概要 [公開状(英文)の要約]

生物学的精神医学(脳内化学物質のアンバランス=薬物中心治療)は科学的根拠に欠け、短期的には有効性が認められる場合があるものの、長期的には害を及ぼす治療であることが近年ますます明らかになってきている。十分なエビデンスもないままにさらにいくつかの障害・疾患における閾値や基準を引き下げ、誤診によって子供や若者を有害な薬物治療の対象とする可能性のある“Attenuated Psychosis Syndrome”(微弱精神病症候群=早期精神病)をはじめ、十分な検証のない新たな障害がいくつか提案されるなど、さらなる医療化が大いに懸念される。

同公開質問状の署名募集に際して、アレン・フランシスは次のように述べている。

「米精神医学会の言う『4 人に 1 人は精神病』などという主張は信用ならない。精神疾患の疫学データは好きなように捻じ曲げることができる。ロバート・スピッツァー氏とともに DSM の編纂責任者として経験したのは、DSM が製薬企業によって政治的・商業的に巧妙に利用され、嘘の精神疾患の大流行を生んでしまったことである。現在(日本を含め)オーストラリアなどでは科学的根拠も乏しいままに、一部学者がその政治力を利用して子供や若者を危険な精神病薬に曝す「早期介入」を行っている。すでにこうした早期介入・支援はコクラン共同計画(Cochrane Collaboration)による文献レビューでも、「早期介入によ

って精神病が予防できるとする根拠は不十分であり、それによって得られる何らかの効果にも誇張があり、長期的には疑問がある」とされており、その誤診率は80%~90%にも達している。“Attenuated Psychosis Syndrome”（微弱精神病症候群＝早期精神病）がDSM-5に加えられれば、さらに多くの子供や若者を薬漬けにすることになる。独立した機関のレビューを経て、正確なデータ・エビデンスに基づいた科学的根拠のある安全かつ信頼性のある診断マニュアルを目指さなくてはならない。精神科医にとって大切なことは“まず第一に患者に害を与えないこと”である」DSMⅢとDSMⅣの編纂委員長が、2人揃って新しいDSM-5に反対するという事態がどういうことか、我々日本人はよくよく考える必要がある。

精神医療被害者は、もう何年も前から、こうした事実が気が付いていた。その被害を訴える悲壮な叫びは社会から黙殺されてきた。結局、この国は、また外圧でしか変わらないということを証明することになってしまうのだろうか。この国に住んでいると、心理学者や臨床心理士が中心となって何人かの精神科医とともに反対の声をあげている米英の状況は、まるで夢の中の出来事のように感じられる。この日本の精神医療の実態は、米英の状況よりさらに深刻な状況である。彼らの社会はこれほどの薬漬けではない。

しかしながら、遂に、こうした事実が国民に知れ渡る時期が近づきつつある。権力者たちが自ら間違いを認めず、このまま医療化という『こころのケア』ビジネスを推し進めるのであれば、次に起きるのはもっと深刻な事態である。それは権力による治療の強制と国民の医療離れという対立構造である。

それぞれの学校や職場、福祉の現場が、『こころのケア』の担い手としての主体性を取り戻し、医療化を防止し、医療を従とするシステムを再構築すること以外に建設的な解決は望めない。精神医療を取り巻くコメディカルの人々にとって、今は本来の役目である患者サイドに立てる最後のチャンスである。

以上

参考文献

- 1) 報道：「幼児に向精神薬」3割 発達障害で専門医 成長への影響、懸念も 厚労省研究班が初調査（2011年3月10日 提供：共同通信社）
- 2) 文献：『双極性障害と病気喧伝(disease mongering)』
「日本精神神経学会 第107回総会」抄録、蜀協医科大学 越谷病院 こころの診療科 井原裕医師
- 3) 講演録：薬害オンブズマン会議（薬害エイズ和解10周年講演）「科学の外観をまとめたグローバル・ビジネス」—The Human Laboratory—
David Healy（デーヴィッド・ヒーリー）
- 4) 文献：精神医学2012年8月号
DSM5を巡って— Dr Allen Frances に聞く
Allen Frances 大野裕
書籍：善意の陰謀—暴走するクスリ—
チャールズ・メダワー
- 5) 国連子どもの権利委員会
第54会期 総括所見：日本（第3回）
- 6) 警察庁自殺統計：厚労省人口動態統計
- 7) 日精協誌、第31巻・第4号2012年4月号
『大うつ病の薬物療法のエビデンスアップデート：無効、増量、自殺性』
京都大学大学院 医学研究科健康増進・行動学分野教授 古川壽亮
- 8) 監察医務院における薬物検出の実態に関する研究
2011 福永龍繁、他
- 9) 救急医の立場から—処方された向精神薬による薬物中毒の抑制に向けて：救急医から精神科医への苦言と要望—
須崎紳一郎、他 中毒研究23
- 10) Open Letter to the DSM-5
To the DSM-5 Task Force and the American Psychiatric Association