

資料 2

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

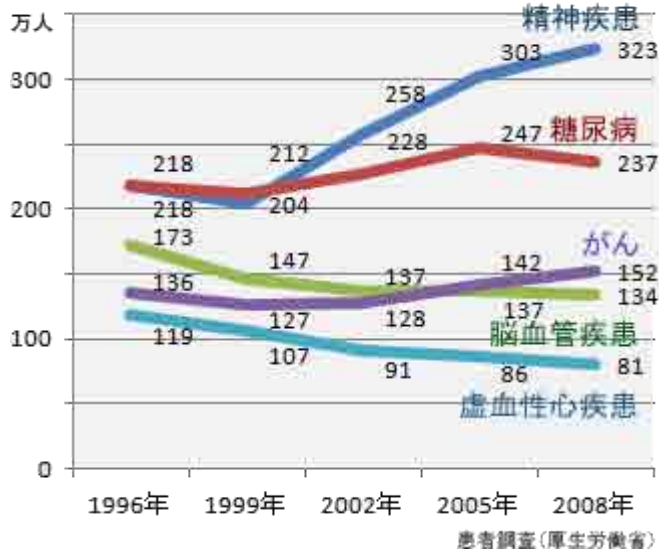
#### ○増大する精神医療関連社会コスト

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を上げることを指します。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。

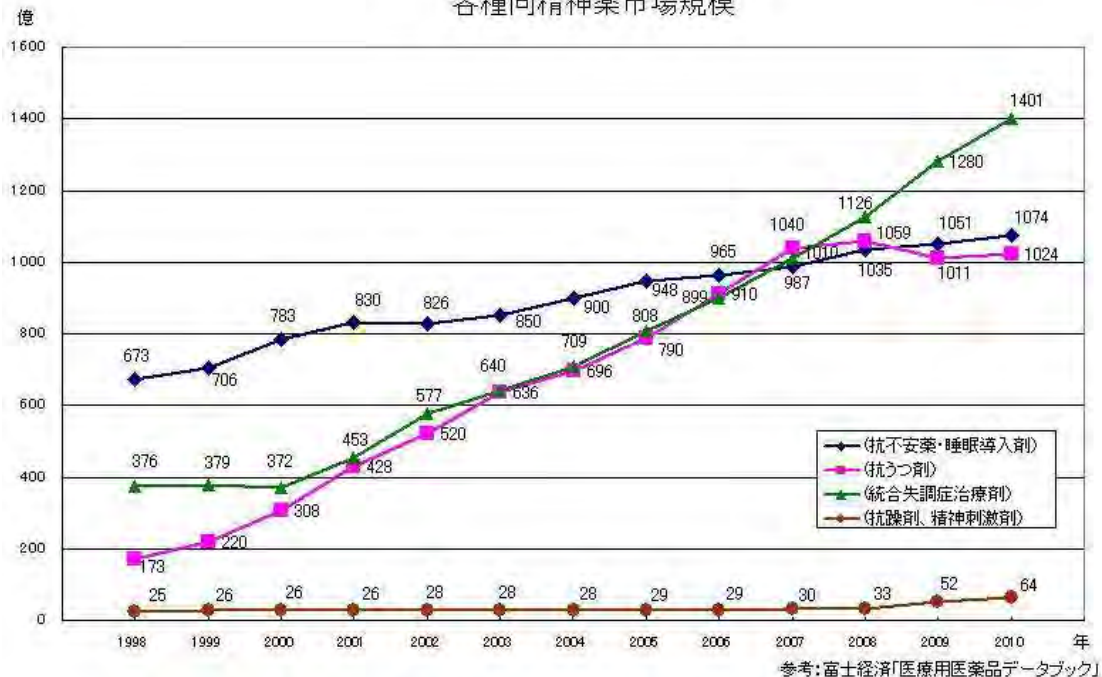
昨年、厚生労働省は 2011 年 7 月 6 日、「4 大疾病」と位置付けて重点的に対策に取り組んできたがん、脳卒中、心臓病、糖尿病に、新たに精神疾患を加えて「5 大疾病」とする方針を決めました。

### 5大疾病患者数の推移



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。

### 各種向精神薬市場規模



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>

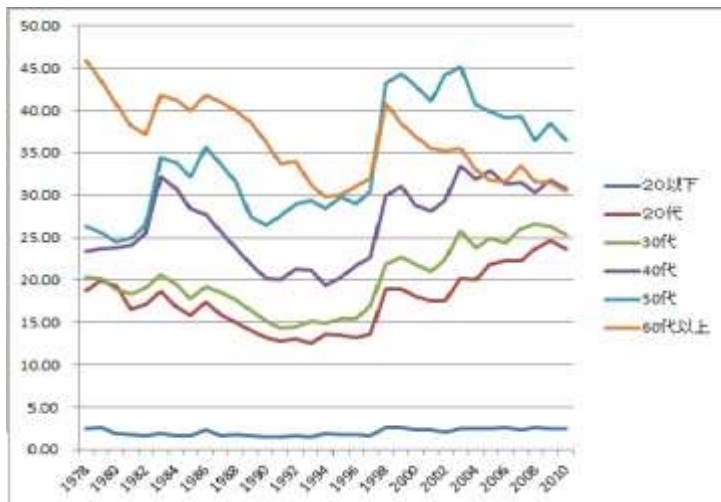
1998年の自殺者急増から、2011年まで14年連続で自殺者が3万人を超えたことは既に社会問題となっています。それに対する政府の自殺対策は、うつ病の増加が自殺者増加の原因とし、国民に精神科受診を奨める施策が取られてきました。結果、うつ病と診断される患者は4倍に増加し、その多くに向精神薬が投与されています。

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迎え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。

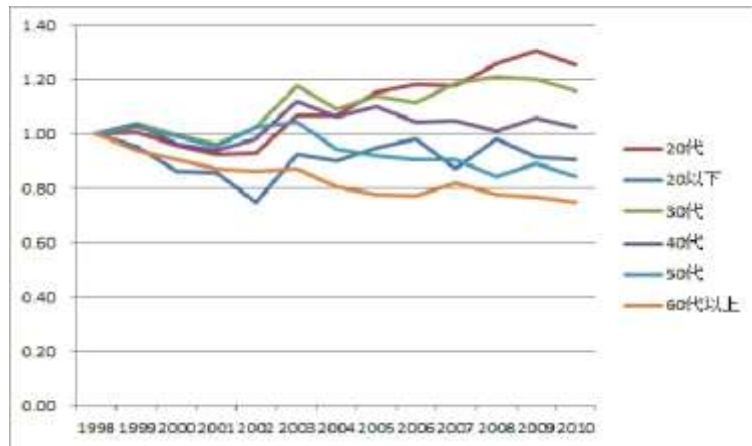
**抗うつ剤SSRIの発売以降、40代を中心に年齢が低くなるほど自殺率は増加し、年齢が高くなるほど自殺率は減少している。**

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、年代が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―，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 6 5 1 人だったと発表した。前年を 1 0 3 9 人（3・3%）下回ったが、1 4 年連続で 3 万人を超えた。「学生・生徒」が前年より 1 0 1 人（1 0・9%）増の 1 0 2 9 人に上ったのが特徴で、統計を取り始めた 1 9 7 8 年以降、初めて 1 0 0 0 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。