

<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件ここまで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が始まり、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乱発が横行しています。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)