うつで病院に行くと殺される!?

医療の暗部を抉る集中連載

第1回

海外で「自殺の危険性」が警告されている薬が安易に処方されている……

「自殺者数」と「抗うつ剤の売り上げ」がほぼ同じ時期から増え始めていた!

医療ジャーナリスト
伊藤隼也 と本誌取材班

自殺者が一向に減らない。問題として取り上げられると、その都度、「不景気」や「ストレスの多い社会」がその原因とされてきた。そして早い段階で医師に診察してもらうことが自殺を未然に防ぐことにつながると言われている。だが、今、そこに大きな疑問符がついている。

むしろ、真面目に医者に通えば通うほど、死へ近づいていくのではないかと疑念を抱かせる状況があるのだ。

俄(にわか)には信じられないだろうが、いつ、あなたがその落とし穴にはまってもおかしくない。日本の精神医療の暗部を、医療ジャーナリストの伊藤隼也氏が追及する。

東京都町田市在住の清水みどりさん(仮名・29歳)の"始まり"は単なる体調不良だった。会社員2年目の08年冬、偏頭痛と肩凝りに体の冷えが加わり、夜うまく眠れなくなった。睡眠不足が続いたため、ネットで検索した近所の心療内科を受診した。

医師は診断名を口にしないまま「困っていることを解決する薬です」と初診で抗うつ薬のジェイゾロフトを含む6種類の薬を処方したと清水さんは証言する。服用を始めると吐き気に襲われたが、「薬はきちんと飲まないといけない」と自分に言い聞かせた。診察のたびに薬が増加。清水さんが吐き気を訴えると「じゃあ吐き気止めを出します」と医師はさらに薬を増やした。

治療4か月で抗不安薬のレキソタンと抗うつ薬のトレドミンが出るようになった。この頃から食事をしても満腹感がなく、眠ったという実感もなくなった。自分の中の感覚が鈍くなっていった。そしてある日、会社の会議室にいた清水さんは突然の自殺衝動に襲われた。

「近くに尖ったものがあったら自分に突き刺したい衝動に駆られました。発作のようなものが一時間ほど続きました。収まったからよかったものの、それからますます感覚が失われていきました」(清水さん)

8月末、医師から「絶対よく眠れるようになるから」と、新しい薬が処方された。処方薬は1日10種25錠になり、清水さんの様子は明らかにおかしくなった。常にボーッとするようになり、家族の強い勧めで休職するも改善せず、09年、自主退職に追い込まれた。

医師に対する不信感が募り、直接不満をぶつけると「お前は人格障害で仕事ができないのを人のせいにしている」と激怒された。以来、その心療内科には行かなくなった。

その後、国立精神・神経医療研究センター(現・国立精神・神経医療研究センター)で検査するも、人格障害でもうつ病でもなく、確定的な診断は出なかった。現在は薬を一切服用せず、通院もしていないが、自殺衝動はない。新しい仕事も見つけ、社会復帰を果たしたが、清水さんは慎りを隠さない。

「今も感覚は戻らず、喜びの感情もありません。患者は立場が弱く、医師の言葉に従ってしまう。普通の人は病気になったら薬で治ると信じているけど、実は違うんです」

98年に突如、自殺者が8000人増えている

自殺予防のための内閣府による早期受診キャンペーンを目にしたことはないだろうか。

「お父さん、眠れてる? 眠れないときは、お医者さんにご相談を」

人口にこそ膾炙(かいしゃ)しているが、その成果は見る影もない。今年も9月10日から自殺予防週間が始まったが、日本の自殺者は一向に減っていないからだ。98年以降、自殺者は常に3万人を超えており、先進国のなかで最悪の道を突っ走っている。

相次ぐ自殺に国は00年に初めて自殺予防対策を施策として取り上げ、02年に自殺予防に向けて提言を行なった。その軸となったのが「精神科の早期受診」キャンペーンである。その根幹には、「多くの自殺者は精神疾患がありながら精神科や心療内科(※1)を受診していなかった。生前に医師が診察していたら自殺は防げたはずだ」という考えがあった。

早期受診キャンペーンのポスター。自殺者数は一向に減らない。

しかし、その論理は現在、根底から覆っている。

自殺者の家族などが集まる全国自死遺族連絡会が06年7月から10年3月に自殺で亡くなった方1016人の遺族に聞き取り調査したところ、約7割にあたる701人が精神科の治療を継続中だった。

また、東京都福祉保健局が自殺遺族から聞き取り調査をして08年に発表した自殺実態調査報告書でも、自殺者のうち54%が「精神科・心療内科の医療機関」に相談していたことがわかっている。

実は国の調査でも自殺事例43事例のうち、20事例(46・5%)において死亡前1年以内に精神科受診歴が認められていた。平成21年度版の自殺対策白書はその事実を記し、こう指摘する。

《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》

つまり、こうしたデータは、精神科・心療内科の受診が自殺防止につながっていないことを意味する。むしろ後述するように、受診が自殺を後押ししている可能性があるのだ。

そもそも97年まで年間自殺者は約2万~2万5000人で推移していた。しかし、97年に2万4391人だった自殺者は翌98年に、3万2863人まで一気に跳ね上がり、現在まで毎年3万人超が続いている(※2)。

なぜ、自殺は減らないのだろうか。これまで自殺が多発する理由は「不景気」「ストレス社会」などにあるといわれた。しかし、ここには見落とされている観点がある。同じく98年頃から抗うつ薬の売り上げが急伸しているという事実だ。実際、98年に173億円だった抗うつ薬の売り上げは翌年以降増え続け、06年には875億円に達している。

同時期にうつ病患者も急増した。厚生労働省の調査ではうつ病が大半を占める気分障害患者数は99年に44万1000人だったが02年には71万1000人、05年に92万4000人に達し、08年には100万人を突破した。

98年頃を境に自殺者数、抗うつ薬の売り上げ、うつ病患者数が増加する。これは何を意味するのだろうか。

精神医療の現場における「薬」の役割が相関を解くカギになる。

全国自死遺族連絡会会長の田中幸子さんの長男・健一さんは警察官だった。仕事ぶりは真面目で責任感が強かった。05年5月、勤務していた交通課管内で高校生3人が死亡する大きな事故が発生し、不眠不休で処理にあたった。

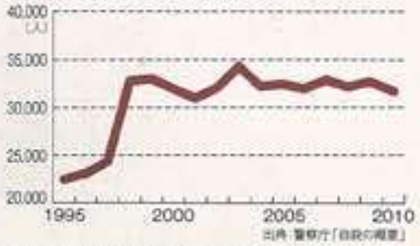
やがて健一さんは心労と過労が募って吐き気を催すようになり、めまいや耳鳴りがひどく勤務できない日もたびたび生じた。耳鼻科や眼科では治らず田中さんの勧めもあり、休職して近所の心療内科を受診した。すぐにうつ病と診断され、薬を処方された。

「息子は薬を手放せなくなっているようでした。私は病院を受診して、お医者さんの言うとおりに薬を飲めばうつは治ると思っていたのですが……」(田中さん)

しかし、初診からわずか1か月後、05年11月に健一さんは妻と娘と住む官舎で突然首を吊った。遺書はなかった。

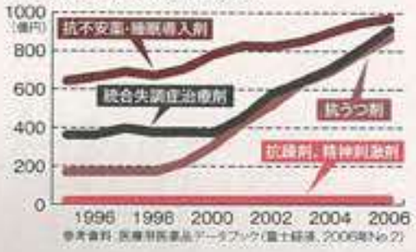
「携帯電話を見ると、妻から"なぜ働かないのか"といった類のメールが何十通もきていました。息子の置かれている状況がよく理解してもらえず、サボっているように見えたのかもしれま

近年の自殺死亡者数の推移



出典:警察庁「自殺の概要」

種類別向精神薬の市場規模



参考資料:医療用医薬品データブック(薬土経済、2006年No.2)

※1 精神科は精神疾患、心の病気を扱う。心療内科は主に心身症(ストレス、心理的原因による身体の様々な不調)を扱う。しかし、心療内科の看板を掲げているが実態は精神科であることも多く、患者も心理的ハードルの低い心療内科を先に受診する傾向がある。

※2 98年の急増について、厚生労働省は「自殺とうつ病等の関係についての対策チームはあるが、自殺者全体の分析は行なっていないので急増の原因について答える立場にない」と回答。

[PROFILE] 国内外の医療現場を精力的に取材。03年からフジテレビ「とくダネ!」にてメディカルアドバイザーを務める。09年「編集者が選ぶ雑誌ジャーナリズム大賞」受賞。近著に、『世界一わかりやすい放射能の本 当の話 子どもを守る編』(宝島社)、『オトコの病気 新常識』『オンナの病気 新常識』(ともに講談社)など。

せん」（田中さん）

本来、休息が必要なはずだが、休むよりもむしろ働かなくてはという想いもあったのかもしれない。

息子の死後、担当医に電話すると「診察に来ないと話は聞けない」と言われた。死の報告をするためだけに初診料を払って「受診」した。不誠実さに腹が立つと同時に、それまで信用していた医師に対して不信感を抱くようになった。

「その後遺族の会を作って、多くの人が息子と同じように精神科を受診し、投薬を受けた上でおかしくなっていることを知り衝撃を受けました」（田中さん）

前出の同会の調査では、1016人中、自宅マンションから飛び降り自殺した人は72名。その全員が精神科の診療を受け、抗うつ薬などを1日3回、5～7錠服用する薬漬けの状態だったことも判明した。ここからは、飛び降りという衝動的な行為を処方薬が引き起こした可能性さえ疑われる。

幸いにして未遂に終わったものの、冒頭の清水さんのケースも投薬が自殺衝動につながった疑いが濃厚だ。

3分の1が誤診によって重篤な障害

全ての医者が杜撰な診療を行なっているわけではないが、こうした例は決して特殊なものではない。

林試の森クリニック（東京都目黒区）院長で精神科医の石川憲彦氏は、医師にかかることで元症状が悪化する“医原病”の存在を指摘する。

石川院長が04年から07年までに他の病院から同クリニックに転院した患者2339例を調査したところ、約3分の1にあたる72例に、誤診や投薬の間違いといった「大きな問題」（石川院長）が見つかったという。

「これらの人の多くが精神科を受診し、治療したことにより重篤な障害が出て悪化していました。医者にかかることで逆に悪くなったわけです。原因は、①投薬量が多すぎる、②本当は薬がいらないのに投薬されている、③診断そのものが間違っている、の3通りに大別できました。その多くは病状をきちんと説明し、減薬や断薬をすると症状が改善されました」（石川院長）

医師が“誤り”を犯すのは、うつ病の範囲があまりに拡大しているからだと石川院長は分析する。

「かつては気分がうつ状態になることと同時に、アンヘドニアといって体が動かず脳が働かない状態が継続することがうつ病診断の基本条件でした。ところが最近は、気分が少しうつ気味になっただけでうつ病と診断される。病気の範囲は広がったのに同じ薬を投与していたら悪影響が出てもおかしくありません」

現在、「うつ病」と診断されるケースの多くは投薬が必要ないと石川院長は断じる。

「古典的なうつ病と違って、気分がうつになるのは、自然動物としての人間が、近代化された社会で、これまで処理したことのない問題にぶつかったからです。

根本原因となっている環境を変えるべきですが、大昔のような自然状態に戻すのは非現実的です。ならば、ストレスへの防衛の仕方を覚えるのが治療のはずです。それを生物学的に薬でコントロールしようという点に大きな矛盾があるわけです。本来は人間の持つ自然治癒力に期待すべきなのです。

あらゆる薬は基本的に“毒”です。重い症状をやわらげるために、緊急避難的に使用することはあっても、薬が治すのではありません。自然治癒力とこの人工社会に対する対処力によって治すべきです。ただし、患者さん側にも問題があって、日本人は薬信仰が根強いので薬がなかなか減っていかない」（石川院長）

政府は毎年、「自殺予防週間」で早めに医師にかかるようすすめるが、自殺者数は3万人超のまま減らない（写真は2010年9月）。

処方薬そのものと自殺の関連を指摘する声もある。

現在、日本ではうつ病と診断されると「SSRI」（選択的セロトニン再取り込み阻害剤）というタイプの抗うつ薬を処方されることが多い。前出の自殺衝動にかられた清水みどりさんが、初診時に処方されたジェイゾロフトもこのSSRIだ。

SSRIは後続の「SNRI」（選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤）と同じく脳内の神経伝達物質に作用する薬であり、従来うつ病治療に使われていた「三環系抗うつ薬」よりも副作用が少なく効果が高いとされ、80年代に欧米で市場が拡大した。日本では99年に登場し、「ルボックス」「デプロメール」「パキシル」「ジェイゾロフト」「レクサプロ」の5種類が発売されている。

ところが、このSSRIは欧米で自殺を誘発する危険性が広く認められ、激しい議論の対象になっているのだ。

例えば『抗うつ薬の時代～うつ病治療薬の光と影』（星和書店刊）などの著書がある英カーディフ大学のデビッド・ヒーリー教授がSSRIの一種ゾロフトを健常者に服用させたところ、2人が激しい自殺衝動に駆られて実験が中止された。

02年には英BBCでパキシルが18歳未満のうつ病に対して有効性がなく、むしろ薬の作用で自殺衝動が亢進されると報道され大きな反響を呼んだ。これを受け、英国では03年に未成年者のうつ病に対するパキシルとゾロフトが禁忌となった（後に警告に変更）。

米国でも米食品医薬品局（FDA）が11種類の抗うつ薬に関する約10万人分の治験データを調査すると、18～24歳の患者で偽薬を服用した場合に比べ、自殺や自殺未遂、自殺願望を持った例が有意に多かった。

FDAは03年にSSRIには自殺につながる可能性があるため子どもに使わないよう勧告。05年には自殺行動の危険性の対象を成人まで拡大した。

日本でも添付文書の警告欄に小さく「18歳未満への投与は慎重に」などと記載されているが、ほとんど知られていないのが現状である。

すでにアメリカでは巨額の賠償訴訟に発展

こうした抗うつ薬は、清水さんの例のように国内で非常に安易に処方されている。

石川院長は「時間をかけない診断」が安易な処方につながっていると指摘する。例えば、客観的な指標のないうつ病診断には、簡単な質問紙などによって9つの診断基準をチェックすることが多く、

「過去2週間、ほとんど毎日持続して気分の落ち込みが存在した」

「過去2週間の間、何事にも興味がわかない、あるいは以前に楽しめたことも楽しめなくなった」

のような質問内容に5つ以上「はい」と答えると、うつ病の疑いがあると診断される。そしてすぐに抗うつ薬を処方されることが多いという。これまで数千例に及ぶ“医原病”を診察したという牛久東洋医学クリニック（茨城県牛久市）の内海聡院長が言う。

「今うつ病とされているものは昔のうつ病とはかけ離れています。チェックシート診断に象徴されるように基準が低すぎるので何でもうつ病と診断され、危険性のある抗うつ薬が簡単に処方されています」

安易な処方というコインの裏側には、診療報酬制度の弊害がある。精神科における診療点数は「5分以上30分以内」と「30分以上」に分けられる。再診の場合、点数は最大でも70点しか変わらない。つまり、5分診察と30分以上の診察における診療報酬の差は700円に過ぎない。

「医者は診察5分で『うつ病です』と言って薬を出し、次々に診察したほうが儲かります。骨折や難尿病といった体の病気ならばレントゲンや採血で確かめられますが、精神疾患はわかりにくい。本来、精神疾患は時間をかけて注意深く診断すべきですが、現在は投薬して早く帰ってもらうほど経営が成り立つ仕組みになっています」（石川院長）

精神科の乱立も背景にある。従来、日本の精神医療は患者を精神病院に隔離する「収容医療」が主だったが、入院が長期におよび社会復帰ができないケースが多く、国際的にも批判が多かった。

そこで近年になり精神病棟を減らして長期入院している患者を社会で受け入れる方針に転換。これに伴い精神科・心療内科の診療所が乱立した。

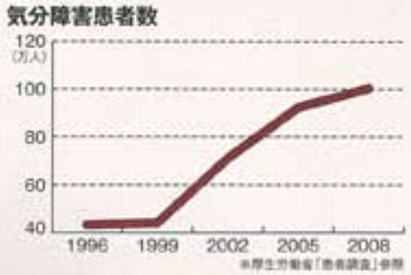
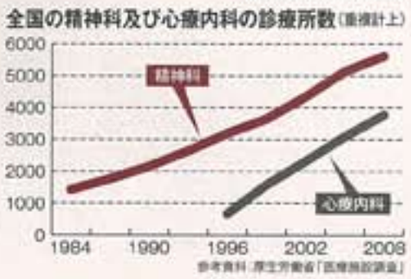
精神病患者を社会に戻す施策は先進諸国でも行なわれており、イタリアでは精神病棟が一切廃止された。その方向性は正しいと言えるが、精神医療が貧困な日本においては、市中にあふれる患者を医師が薬漬けにするという歪みを生んでしまった。

医療現場が脆弱なまま受診キャンペーンが繰り広げられ、ちょっとした不眠や頭痛で精神科・心療内科に誘導された患者は安易にうつ病と診断され、抗うつ薬が処方される。そしてその薬は、欧米で自殺の危険性が認定されている薬である場合が多い……。

前出の田中さんが語気を強める。

「自殺対策はうつ病キャンペーンにすりかえられています。多くの自殺者が精神科で治療中だったことは、早期受診が自殺を減らすことにつながっていないことを示しています。むしろ、精神科の治療と安易な投薬を受けたから自殺につながったと考えるべきです」

訴訟大国の米国では抗うつ薬はすでに巨額の賠償問題に発展している。例えば09年12月4日付のブルームバーグ紙によるとパキシルの製造元であるグラクソ・スミスクライン社は、約150件の自殺に関する訴訟において、平均和解額200万ドルで原告との和解に応じた。日本で報じられることは少ないが、これらは氷山のほんの一角に過ぎない。

日本の精神科医療の闇はこれにとどまらない。世界的に見て非常識極まりなく、時として患者を中毒死に追いやる「多剤大量処方」という悪弊がいまだはびこっているのだ。なぜそのような異常な処方が日本では平然と行なわれているのか。次号で追及する。

（以下次号）