

他国に類を見ない「多剤大量処方」は「心の多重債務、を作り出すだけだ

獨協医科大学教授 **井原 裕**

医療ジャーナリスト **伊藤隼也**

「うつは薬では治らない」

本誌で9回にわたって集中連載した「うつで病院に行く」と殺される!?」で、ジャーナリスト伊藤隼也氏は日本の精神科医療の杜撰さを暴いた。「よく眠れない」「ひよっとしたら、うつかもしれない」と精神科を訪れた患者が次々と薬漬けにされて症状が悪化し、最悪の場合は死に至る実態を報告した。最大の問題は「薬物療法偏重」であり、その中心にあるのが大学病院だ。

その大学病院に所属しながら、薬物療法に異を唱える医師が登場した。13年7月に「生活習慣病としてのうつ病」(弘文堂刊)を上梓した獨協医科大学教授・井原裕氏だ。精神医療が抱える問題を二人が徹底的に論じた。

伊藤 振り返ると日本の精神医療の大きな分岐点となったのは、99年から製薬会社と行政などが手を組んで行なったうつ病啓発キャンペーンです。「うつ病は心の風邪」「お父さん、眠れてる？」と呼びかけて精神科の受診を促した結果、うつ病患者が激増しました。厚労省の調査では、うつ病が大半を占める気分障害者数は99年に約44万人だったのが、02年に約71万人、08年に100万人を突破しました。

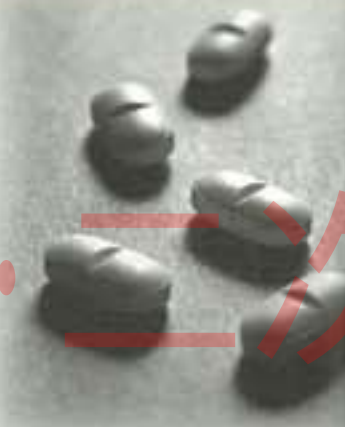
井原 当時、製薬会社はうつ病の概念を売り出そうと躍起になりました。薬事法に規制があり、抗うつ薬そのものを宣伝することはできない。それで代わりに製薬会社はうつ病という病気を売り出す作戦にでた。「あなたの苦しみはう

つ病かもしれない。ぜひ一度病院に」と連呼した。それを見た多くの人が「言われてみれば私にもあてはまる。うつ病かもしれない」、そう思っ、精神科を訪れたのです。

うつ病の概念を広げすぎて引込みがなくなってきた

伊藤 啓発キャンペーンに合わせて精神科で処方される抗うつ薬の売り上げも急伸し、98年に173億円だった売り上げは翌年以降増え続け、06年には875億円に達しました。ビッグファーマー(大手製薬会社)の経営戦略に乗って、本来うつ病でない人までうつ病にしてしまったのではないのでしょうか。

井原 おっしゃるとおりです。製薬会社は病気の概念を広げ



Source: Photo Library/APLO

病名が次々に現われ、あれもうつ病、これもうつ病で、現在、臨床現場は大混乱しています。うつ病の概念を広げすぎて、もはや精神科医は引込みがなくなっているのが現状です。

伊藤 その状況が日本の精神医療における最大の問題である、多剤大量処方後押ししています。欧米での薬物療法は単剤が基本ですが、取材を進めると、「1日12種類24錠」「1日13種類26錠」など、異常なまでの薬を処方されている患者が本場に大勢いました。本来、抗うつ薬が必要ない患者に投与し、薬の作用で症状が悪化するさらには別の薬を出す。結果的に患者が薬漬けにされているんです。

しかも、日本で多用されているSSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害剤)に代表される抗うつ薬は、自殺誘発や他害衝動亢進、胎児の先天異常といった危険な副作用

や、離脱症状の発生など実に多くの問題を抱えています。昔ならばうつ病とはされなかつた悩める健康人に、セロトニン・スマン」として抗うつ薬をすすめ、患者を苦しに陥らせた精神科医の責任は重大です。

井原 たしかに患者に精神科医がじかに薬を勧めることぐらい効果抜群の宣伝はないです。医師が薬のパンフレット通りに「最近こんな良い薬がありますよ」と言えは、患者はそれを信じる。ところが、医師は病名としてのうつ病と悩める健康人の区別ができません。だから抗うつ薬が本場に必要か判断できない。

でも、医師は診察室に来た人をすべて病人とみなし、手ぶらで帰すわけにいかないと思っ、習性がある。それで、助けてあげたい一心で、善意から抗うつ薬を処方します。

伊藤 しかし、最初は善意で薬を出すとしても、患者の容態は薬の作用や離脱症状でどんどんおかしくなるわけですよ。なぜそれでも薬物療法を継続するのか。そこに善意はないはずで、「薬が効かない」という事実が精神医学会は向き合っていない。ただ、う

て受診を促し、結果として、病人を作り出す「Disease mongering」(疾患喧伝)の誤謬を犯してしまいました。製薬会社も企業ですから利潤を追求して当然ですが、「薬を通して健康に奉仕する」という本来の役割を逸脱してしまいましたね。

伊藤 そもそも精神疾患には血液検査やレントゲンなど客観的な検査が存在せず、医師の裁量で診断がつくこともうつ病患者の増加を助長しました。しかも、診断の参考にされる米国精神医学会作成の「精神疾患の診断統計マニュアル」の最新版(DSM-V)は病名が増え、さらに診断基準が曖昧かつ幅広く広がっています。背景に執筆した精神科医と製薬会社の金銭的関係を指摘する声は多い。

井原 30年前の医師ならノイロセや抑うつ神経症と診断したはずの症状が、今ではすべてうつ病になりました。気づいたら古典的なうつ病は少数派になり、昔なら「うつ状態」だけと、うつ病とは言えない」とされたはずの人がうつ病患者の多数派を占めるようになりました。「新型うつ病」「現代型うつ病」など奇妙な

うつ病学会は12年7月、それまでの姿勢を180度転換し、軽度のうつ病には薬を優先しない新ガイドラインを出しました。それまで精神医学界の通説に従って積極的に抗うつ薬を使ってきた精神科医の多くが「正反対のことを言うな」「俺たちを裏切るのか」と大批判しています。非難の嵐を覚悟の上で、方針転換を決断した学会の勇氣は少し羨まられてもいいのでは? (苦笑)

ほとんどの精神科医は薬物療法しか学んでいない

伊藤 結局、精神科医が「うつは薬では治らない」と気づいたのではないですか。

井原 そういうことです。うつ病治療における薬偏重の弊害は「SAPIO」以外にも多くの報道があり、知らぬ存ぜぬでは済まされません。

ところが、依然として「うつは薬で治る」と信じこんでいる信心深い医師も少なくありません。彼らは今でも診察室で薬の話ばかりして、患者の生活を見ようとしません。症状が悪化しても薬の種類、量を増やすだけです。

伊藤 信じられない。まったくサイエンスを無視した行為

です。欧米ではSSRIをはじめとした抗うつ薬が問題視され、規制が厳しくなったり、訴訟も頻発に起こったりしているなか、先進国で日本だけが多剤大量処方という悪弊を続けている。なぜ日本では多くの医師が薬にこだわるのですか。

井原 彼らは薬を出す以外に能がないからです。薬が無効と言われたって、他にできることがない。本当に必要なは精神療法、言葉のやりとりを通じて患者の抱える問題を整理し、指示と助言を与えることです。でも習ったことがない。

今の精神科医養成システムには、致命的な欠陥がある。大学病院に精神療法を教えられる人間がほとんどいない。教授も教えられる。事実上、



いまだ過労死が問題となる日本。経営者側の意識改革も必要だ。

も構わないと思っています。だって、それよりはるかに多数派の他科の医師たちの圧倒的な支持を頂いているわけですから。

伊藤 今後は井原先生の提唱するように、薬に偏重せず、精神療法を着実にこなす精神科医が全国的に増えてほしいものです。

井原 制度上はすでにそうなっています。すべての精神科医が「通院精神療法」という名目で診療報酬を請求しており、これが外来収入の7割を占めています。薬でもうけているわけではないのです。でも「通院精神療法」には内実が伴っていない。

伊藤 この話になると医師は必ず「患者が多すぎて診療している時間が足りない」と言い訳します。

井原 わずか5分でもできることはあります。「時間が足りないから精神療法できない」と言うのなら、「通院精神療法」名義で診療報酬を請求することをやめればいい。健康保険料を納めている国民には、保険診療を監視する義務があります。もし、診療の後、自分の診療報酬請求明細書に記載された「精神療法」の内実が納

藥物療法しか指導されない。伊藤 由々しき問題です。若い先生たちは、先輩や上長が臨床現場で精神療法を行わず、ひたすら薬を処方しているのを見て、「ああ、これでいいんだ」と真似する。

井原 その通りです。多剤処方では多重債務そっくりです。「うつだ」と言えば、抗うつ薬が出てくる。それを飲んだ患者が「不安だ」と言えば、「抗不安薬」が出てくる。次に「眠れない」と言えば、今度は睡眠薬が加わる。「イライラする」と言うと、ムードスタビライザー（気分調整剤）の出番。薬が症状を呼び、症状が薬を呼ぶ。こうして雪だるま式に処方が増えていく。

まさに「罠」そのもの。でも医師も患者もこの罠に気づいていない。

伊藤 薬の化学的なメカニズムを知らない医師があまりに多すぎます。しっかりと勉強させるべきです。一方でそうしたサイエンスの部分とともに、感性的な繊細さが必要なのが本来の精神科医ではないでしょうか。人の心を扱うわけですから。

井原 まさに一般の患者は、精神科医に「人の心を扱うべき得がいかなければ、異を唱えてほしいですね。」

うつを治すには何が重要か

伊藤 井原先生は著書のなかで、「うつ病は生活習慣病だ」と主張しています。現代の都会暮らしだと規則正しい生活を送らざるを得ない。うつ病がこれだけポピュラーになった世の中、うつは生活習慣病の延長だと主張して、ライフスタイルの改善を唱えるのはとても意義のあることです。私は多くの精神科医を取材してきましたが、生活習慣を問題にする医師が非常に少ないことに疑問を感じます。

井原 実際、うつで受診する患者の多くは生活習慣が極端に乱れています。平日の睡眠時間が4、5時間で、日曜日に15時間寝るとか。飲酒量が多かったり、極度の運動不足だったり。「生活習慣病」としてのうつ病の原因は、大雑把に言えば、睡眠不足が運動不足。日本人には、「英雄ナポレオンは3時間しか寝なかった。俺も寝ずに頑張る」というナポレオン幻想」がある。愚かにも、こんな迷信に取り憑かれていては、うつは治りませ

口」を期待しているはずですが、患者は精神科医に相談すれば、自分の苦しみや悩みを受け止めてくれて、具体的なアドバイスをもらえると思ってしまう。でも、実際に受診したら、医師は5秒ごとに「ハイ、ハイ」と頷くだけで、最後に「じゃあこの薬出しますから」でおしまい。具体的な助言は何もない。

患者の話をただ聞くだけでは治療になりません。患者は自分が話したいことだけを話しますが、自発的に話さない内容に深刻な問題が隠れています。だから、医師がさまざまな問いかけ、働きかけを試みる必要があります。

また、患者はしばしば現実逃避したく、うつ病という病名や抗うつ薬に逃げ込むことがあります。精神科に癒しを求めて来る患者も多いですが、本当に必要なのは現実を見つめることです。医師は優しいことばかり言うわけにはいきません。

精神療法を行わずに診療報酬を請求している

伊藤 そうしたきめ細やかな精神療法を行なうには、患者の病歴や症状に臨機応変に対



「お父さん、眠れてる?」というコピーでうつ病キャンペーンが展開されて行われた。睡眠時間が減るほどうつになりやすい。日本グループの調査によると、睡眠7〜8時間が最もうつになりやすく、これより短いとよりうつになりやすい。睡眠6時間を切ったならもうダメです。

伊藤 睡眠不足が原因なのにそれを抗うつ薬で治そうという発想がいかに馬鹿げているか。うつは「現代病」ですよ。サラリーマンはギリギリまで不眠不休で頑張るし、会社側も社員が倒れるまで働かせる。限界を超えたらうつ病になって長期休暇になる。結果的に個人、会社、社会のすべてにとって大きな損失となります。

応する必要があるはず。なかなかハードルが高そうですね。若い先生はどうやってスキルを学ぶのでしょうか。

井原 獨協医大越谷病院に、たとえば70代男性が初診したとします。まず私が紹介状を見て、「脳梗塞後に閉じこもっていないか」など研修医に聞くべきポイントを伝えます。それを参考に研修医が予診を行ないます。次いで、私が本診察をしますが、研修医はその場に同席して、私と患者のやりとりから自分の診察に何が足りなかったかを学びます。そして患者に次回までの課題を3〜4つ出す。「7時起床、23時就床」とか「1日30分以上ウォーキング」とか「睡眠日誌をつける」とか。2回目以降は研修医が診察しますが、毎朝、来院予定患者の診察シミュレーションをします。ここで前回出した課題を確認して、準備してから診察にはいる。この作業を毎日繰り返して、現場で精神療法を身につけていくのです。

伊藤 井原先生は実際に臨床現場で向精神薬や睡眠薬などを使っていないのですか。

井原 使っています。他の病院で多剤処方を受けてから当

うち12時間は戦うために交感神経が優位になり、残りの12時間はメンテナンスのために副交感神経が優位になる。睡眠時間が少ないと、メンテナンスが十分でないまま朝を迎える。保険作業を怠ったまま線路を疾走する特急電車のようなもの。危険さわかりにくい。OECDの調査でも日本と韓国が睡眠時間の最下位争いをしています。眠らない国民性こそ諸悪の根源です。

伊藤 経済危機に見舞われてもきつちりシエスタ（昼寝、昼休憩）の時間を確保するスペインのような国民性だったから、日本もうつ状態の人は減るかもしれない。だからこそ、「うつは生活習慣病だ」と論じて心が疲れている人にメッセージを出すことが重要です。これまでの精神医療は高みに立つばかりで、生活習慣という「下々の」部分を見えていなかった気がします。

井原 精神医学の基礎には哲学があったので、難解な用語が多いんです。でも、今のうつ病臨床において解決すべきは哲学的な課題ではない。もっと単純な生活習慣の問題です。必要なのは薬のキャンペーンでも、病気の啓発でも

院に来た方の場合、薬をすくにゼロにするのは危険です。5種類処方されていたらまず1削減していきます。今は外来患者の半分は薬なしです。精神科の保険医の中では私以上に薬を絞った人には出会ったことがありません。私の基本方針は「治せなくてもいいから薬で悪くしない」です。

伊藤 私のところにも脳外科医から「精神科医が脳を壊す薬を出すのをやめさせてくれ」という連絡がしょっちゅうあります。井原先生は薬物療法偏重を批判していますが、そういう正論を堂々と主張する人は少ない。いても開業医がほとんどです。ただでさえ医療という狭い世界で、さまざまな関係性を持っている大学病院に所属している医師が精神医療の現状を批判すると風当たりが強いのでは。

井原 勤務先は大学病院なので、救急医、脳外科医、小児科医、内科医などの他科の仲間にも聞かれています。皆、私が薬漬け批判をしているのを知ると、「こんな精神科医は初めてだ。まさにその通りだ」と共感してくれれます。私は、精神科医の一部を敵に回して

ありません。ヘルシーなライフスタイルの啓発こそ必要なのです。伊藤 うつ状態から立ち直るには、患者自身が変わる必要があるという事ですね。井原 そのとおりです。人生につきまとう憂うつ、不安、悲しみや怒りは、人生の主役である一人一人にお引き受け頂かなければなりません。ご自分こそ人生の主役です。抗うつ薬は憂うつや悲しみを吹き飛ばしてくれません。精神科医だって頼りになりません。伊藤 「精神科医は全能である」という考えを医者自身が否定しつつ、治療のパートナーとして患者の役に立つというスタンスでしょうか。「医者」の私が治す」という姿勢だと結局、薬偏重になってしま。井原 私は25年間、精神科医を続けていますが、この間、一人の患者も治していません。「こうすれば治るかも」と提案しているだけ。治すのは患者自身。「治してください」という前に、生活を変える、習慣を変える、行動を変える、これが必要です。精神科医なんて、ただかたかた患者が自らを治すお手伝いをするだけなんです。