

大反響 第2部スタート

伊藤隼也
高島リチャード

私は自分の子供の命を守ることができませんでした。（息子の自殺が）薬害とわかつた今、このままで死ねないと思いました。

た

今年春、都内で「精神薬の薬害を考えるシンポジウム」が開催された。2回目となるこのシンポジウムには、実際に向精神薬による自殺の誘発、製薬会社の過剰マーケティングといったテーマを扱い、日本の精神医療の暗部を取り上げた。他にも向精神薬による自殺の誘発、製薬会社の過剰マーケティングといったテーマを扱い、日本の精神医療の暗部を取り上げた。連載開始直後から話題が沸騰し、精神科医の専門誌「精神科治療学」（12年1月号）が「ショッキングな記事」と言及。特に若年層への向精神薬の処方問題は、国会でも取り上げられた後、NHKなど多くのメディアが追跡、大きな反響を呼んだ。

か

うつ病院に行くと 殺される！?

医療の暗部を抉る衝撃連載

第1回

自殺の原因はうつ」が疑わしい 国の自殺対策の大前提となつていて

冒頭に紹介したシンボジウムには、国会議員も3名出席していた。その一人、民主党の石橋赳宏参議院議員は、きちんと精神科を受診した結果、薬の副作用で自殺する。という精神医療の実態に驚きを隠さなかった。

「これまで労働安全衛生法改正（職場健康診断でのメンタルヘルスチェック義務化）に関する論議の中で、向精神薬による被害や精神医療の問題とい

だが、一向に自殺者が減らないのは何故か。
自殺に関する統計には厚労省の「人□動機統計」と警察庁の「自殺統計」がある。前者は自殺、他殺あるいは事故死のいずれが不明のときは自殺以外で処理し、死亡診断書の作成者から「自殺だった」と訂正されない限り、自殺に計上しない。また、自殺の動機については調査対象外である。

後者は警察の捜査などで自殺であると判明した時点で「自殺統計原票」を作成し、計上している。例えば、ある人が自殺をするとき、警察官が遺族の元へやってくる。そして生前の状態、悩みなどなかつかれ、薬を服用していたか、などをヒアリングする。原票（現行のものは平成22年8月）には自殺者の職業や自殺の場所、手段、さらには動機といった項目が並び、警察官は遺族の話を沿つて、「自殺の原因・動機」欄には「家庭問題」「健康問題」などの大項目があり、「親子関係の不和」「病気の悩み（身体の病気）」といった小項目が続く。遺

自殺原因	01 愛子恋愛の手続	02 愛被親恋愛の手続	03 その他恋愛関係の手続	04 家庭の死亡	05 家族の疾病障害	06 病害からの手続
自殺	07 駆逐	08 驅逐原因	09 不良	10 不良	11 不良の死因・影響	12 不良の死因・影響（うつ病）
死因	13 不良の死因・影響（うつ病）	14 不良の死因・影響（うつ病）	15 不良の死因・影響（うつ病）	16 不良の死因・影響（うつ病）	17 不良の死因・影響（うつ病）	18 不良の死因・影響（うつ病）
その他の死因	19 不良の死因・影響（うつ病）	20 不良の死因・影響（うつ病）	21 不良の死因・影響（うつ病）	22 不良の死因・影響（うつ病）	23 不良の死因・影響（うつ病）	24 不良の死因・影響（うつ病）
その他の死因	25 不良の死因・影響（うつ病）	26 不良の死因・影響（うつ病）	27 不良の死因・影響（うつ病）	28 不良の死因・影響（うつ病）	29 不良の死因・影響（うつ病）	30 不良の死因・影響（うつ病）

「うつ病」「統合失調症」「その他の精神疾患」と精神疾患がやたら多い自殺統計原票。



車両・次使禁上

視点は全くなかつた。民間の方からさまざまな意見を頂き、厚生労働省から多くの情報を入手していましたが、これらの問題についての話は一切出なかったのです。正直に申し上げて残念です。これから議論にいかしていいたい

本誌が掲載してきた精神医療の実態は、衝撃的に受け止められたが、それは実態が世間ではほとんど知られていない

「警察官が
診断している」

警察官によると2011年における

自殺者の総数は3万651人。前年に

なかつたことの裏返しである。そして、そのような情報が国会議員の元にされ、十分に上がっていないのだ。背景には、現実に目を向けようとしている霞が現の怠慢、欺瞞が存在する。

それが故、政府の掲げる自殺対策の中

心はうつ病対策となり、内閣府の自殺対策推進室や厚生労働省は積極的に精神科受診を勧めてきた。

比べて1039人（3・3%）減少し

たものの、98年以來14年連続で3万人

を超えた。原因・動機が明らかなくなつて、抗うつ剤を若年層へ処方する問題を取り上げた。他にも向精神薬による自殺の誘発、製薬会社の過剰マーケティングといったテーマを扱い、日本の精神医療の暗部を取り上げた。連載開始直後から話題が沸騰し、精神科医の専門誌「精神科治療学」（12年1月号）が「ショッキングな記事」と言及。特に若年層への向精神薬の処方問題は、国会でも取り上げられた後、NHKなど多くのメディアが追跡、大きな反響を呼んだ。

か

あれから半年余り、精神医療の現場で何が起きてているのか。第2部では、わが国の精神医療の闇をさらに追及していく。第1回は国の大自殺対策の杜撰さについて取り上げる。

きく上回る。

それが故、政府の掲げる自殺対策の中

心はうつ病対策となり、内閣府の自殺対策推進室や厚生労働省は積極的に精神科受診を勧めてきた。

が成功するわけがない。原稿の改正と自殺の原因・動機の特定について、警察官はこう回答した。

「自殺対策基本法の策定などで自殺防止に取り組む民衆の梅村聰参議院議員は、「自殺統計の集計方法はきわめて杜撰です」と明かす。

「全員が遺書を残すわけではなく、死人に口なし」と答えた。その後に自殺の原因・動機をどう特定しているのか。疑問に思い調べてみると、自殺現場に駆けつけた警察官が家族や聞

ます。つまり、警察官が「診断しているのです」（梅村議員）。

自殺統計原票自体にも問題がある。

係者に「この人は何で亡くなりましたか」と聞いて、自殺統計原票の項目に丸をつけるだけとわかり、驚きましたね。自殺する前にうつ状態になる人は多くですが、うつ状態とうつ病はまったく違う。専門家でさう区別が難しいのに、家族が「うつでした」と言えば、警察官はその場でうつ病と記録してしまうのです。つまり、警察官が「診断しているのです」（梅村議員）。

この項目が出現した。

「平成19年の改正でやたらと項目に精神疾患が増えていました。しかも統計の取り方は平成11年以降何度も変わっていますが、その資料が残っていないと警察官は言います。過去の自殺統計はまつたくのブラックボックスになつて

いるのです」（梅村議員）。

原票のフォーマットが変更され、現場の警察官による「診断」の結果、自殺の要因として「うつ病」など精神疾患がクローズアップされる。実際、前述のように昨年の自殺の原因・動機は「うつ病」がすべての項目の中でトプだった。そして、自殺対策がうつ病対策に変わり、早期受診キャンペーングが繰り広げられる……。

出発点を間違えている国の自殺対策

きな違和感を抱いている。

警官は遺族の話に沿つて、「自殺の原因・動機」欄には「家庭問題」「健康問題」などの大項目があり、「親子関係の不和」「病気の悩み（身体の病気）」といった小項目が続く。遺

「3万人を超える自殺者は大きな社会問題ですが、自殺統計原稿に明らかに、今はその原因をうつなど精神疾患に求める風潮が強すぎるようになります。何でもメンタルに落とし込んでいます。その理由は定かではありませんが、それが本当に正しいことかどうかはきちんと検証する必要があります」（梅村議員）

中川氏も国の自殺対策の取組についてこう指摘する。

「自殺には単純にメンタルだけでなく、景気などいろいろな要因があります。特に件数が一番多い中高年男性の自殺は、会社への個人保証や住宅ローンなどの借金が原因であることが多い。お金の問題をいかに解決するか、その点をフォローすれば自殺はもとと減るはずです」

「多剤大量処方は少ない」
は本当か？

現実を誠実に直視しようとしている霞が関。このような体质の厚労省にかかるれば、本連載第1部で報じた「多剤大量処方」という日本の精神医療が抱える大問題も存在しないことになる。

多剤大量処方とは、精神科を受診すると安易に向精神薬（抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬など）を大量に処方され、薬物依存状態を招く、世界に類似算で2噸、睡眠薬はジアゼパム換算で15噸が1日の服用の上限とされるが、それぞれ基準以内だったのは86・4%、95・8%だった。

だが、報道発表では明かされなかつたが、厚労省の調査の詳細なレポートには、恐るべき実態が示されている。同レポートを精査した、「市民の人権擁護の会」はこう説明する。

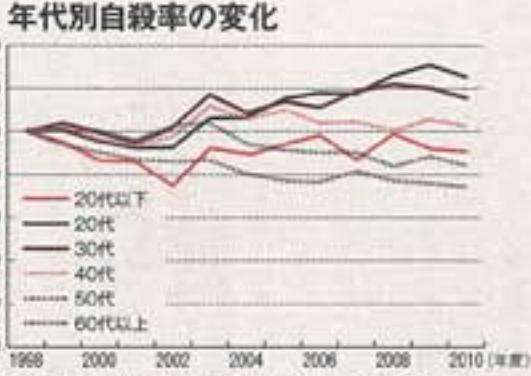
「厚生労働省は、精神科以外を含んだ大規模無作為抽出調査の他にも、精神科に絞った向精神薬の処方実態調査を行なっていました。抗不安薬と睡眠薬を分けず、まとめて処方量を数値化した。この30噸以上という数値は、用薬依存を引き起こし得るものでした。厚生労働省は、「3種類以上の薬剤を処方されている患者は少なかった」と強調して調査結果を発表しましたが、処方薬依存の危険性の高い处方が13・3%もあったという表現が、実態を正しく反映するものでしょう」

さらに前出の中川氏はこう指摘する。「薬は絶対必要です。抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬といった名目ごとにバラバラに計算して、用量内だったか

厚労省は健康保険加入者33万人の診療報酬データを分析。05～09年の4月1日～6月30日の間に「抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬のいずれかを処方された者」を抽出し、向精神薬の処方実態を調査した。

昨年11月に公表された調査結果は意外なものだった。睡眠薬、抗不安薬など薬のジャンルごとに多剤処方がないか調査したのだが、たとえば、睡眠薬の場合、一剤だけ処方される「單剤処方」は72・7%であるのに対し、3種類以上の「多剤処方」は6・1%のみ。また、抗不安薬の場合は单剤処方83・6%に対し、3種類以上の処方はわずか1・9%だったのだ（いずれも09年）。

本連載第1部では「1日12種類24錠」「1日13種類26錠」という多剤大量処方を例に取り上げた。中川氏は、「1998年を1とした年代別自殺率。警察庁の自殺統計から98年以来の年齢別の自殺者を抽出、それを人口動態割合に換算している年齢別人口で割り、年齢別自殺率を算出した」（中川氏提供）。



处方に苦しむ数多くの患者を紹介したが、継々と出てくる多剤大量処方の證言に対して、この数字はあまりに少ない実感を見えにくさせています。同系列の薬でも、抗不安薬を2種類、抗不眠薬を2種類とすれば「3種類以上」にはならず、多剤処方にはならないのです。これでよしとする感覚こそが、いつまでも多剤大量処方を野放しにし、欧米で何十年も前から社会問題になつて以来のベンゾジアゼピン被害の拡大を許しているのでしょうか？」

精神医療の問題を追及している「中民の人権擁護の会」はこう説明する。

「厚生労働省の発表した資料では、『抗不安薬』、『睡眠薬』と効能別に分かれていますが、抗不安薬と睡眠薬のほとんどは、同じベンゾジアゼピン系（及びその近縁）に分類されます。これらの薬は常用量でも依存を引き起こす危険性があり、欧米では処方の量や期間を厳しく制限する動きがあります。

従つて、効能別の剤数や用量ではなくその総量こそが重要な問題です。得くその総量こそが重要な問題です。得を厳しく制限する動きがあります。

日本ではベンゾジアゼピン系の処方が異常に多く、安易な処方が国際的に自殺に追いやられる危険性がある。

「民の人権擁護の会」はこう説明する。「厚生労働省は当初、睡眠薬と抗不安薬のデータのみを公表し、抗うつ薬、抗精神病薬のデータについては発表しなかった。

厚生労働省が多剤大量処方の実態を隠そうとしていたのではないかと疑惑を抱きたくなる理由はもう一つある。実は、記者発表で厚生労働省は当初、睡眠薬と抗精神病薬のデータについては発表しなかった。

「不審に思つた記者が別の向精神薬について問うと、厚生労働省は会見の最後に『抗うつ薬と抗精神病薬の3種類以上使用はそれぞれ8・9%、8・5%』と明らかにしました。30万人以上の無作為データから抽出した。向精神薬を処方された者。のうち、抗うつ薬の多剤処方が8・9%も出るとは驚きです。そもそも、これらの薬は単剤での治療で用量が決められ安全性が確認されているだけであることを医師も患者も再確認してほしい」（中川氏）

さらにこの調査結果によれば、用量もほとんどのがケースで1日に服用する量の上限とされる基準以内におさまっている。睡眠薬や抗不安薬はさまざまに含まれる。

「新世代抗うつ剤売り上げ(出荷ベース)
SSRの売り上げデータと上の表を比較すると、売り上げ増とともに、若者の自殺率が上昇していることが浮かび上がる。
参考資料：株式会社JPMG出版「薬事ハンドブック」2008年のみ予想値

「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、非精神科受診群の多剤処方が8・9%も出るとは驚きです。そもそも、これらの薬は単剤での治療で用量が決められ安全性が確認されているだけであることを医師も患者も再確認してほしい」（中川氏）

さくらにこの調査結果によれば、用量もほとんどのがケースで1日に服用する量の上限とされる基準以内におさまっている。睡眠薬や抗不安薬はさまざまに含まれる。

「不審に思つた記者が別の向精神薬について問うと、厚生労働省は会見の最後に『抗うつ薬と抗精神病薬の3種類以上使用はそれぞれ8・9%、8・5%

的にも非難されています。厚生労働省の発表は、数字のトリックでその深刻な実態を見えにくさせています。

同系列の薬でも、抗不安薬を2種類、睡眠薬を2種類とすれば「3種類以上」にはならず、多剤処方にはならないのです。これまでよしとする感覚こそが、いつまでも多剤大量処方を野放しにし、欧米で何十年も前から社会問題になつて以来のベンゾジアゼピン被害の拡大を許しているのでしょうか？」

精神医療の問題を追及している「中民の人権擁護の会」はこう説明する。

「厚生労働省の発表した資料では、『抗不安薬』、『睡眠薬』と効能別に分かれていますが、抗不安薬と睡眠薬のほとんどは、同じベンゾジアゼピン系（及びその近縁）に分類されます。これらの薬は常用量でも依存を引き起こす危険性があり、欧米では処方の量や期間を厳しく制限する動きがあります。

従つて、効能別の剤数や用量ではなくその総量こそが重要な問題です。得くその総量こそが重要な問題です。得を厳しく制限する動きがあります。

日本ではベンゾジアゼピン系の処方が異常に多く、安易な処方が国際的に自殺に追いやられる危険性がある。

「民の人権擁護の会」はこう説明する。「厚生労働省は当初、睡眠薬と抗精神病薬のデータについては発表しなかった。

厚生労働省が多剤大量処方の実態を隠そうとしていたのではないかと疑惑を抱きたくなる理由はもう一つある。実は、記者発表で厚生労働省は当初、睡眠薬と抗精神病薬のデータについては発表しなかった。

「新世代抗うつ剤売り上げ(出荷ベース)
SSRの売り上げデータと上の表を比較すると、売り上げ増とともに、若者の自殺率が上昇していることが浮かび上がる。
参考資料：株式会社JPMG出版「薬事ハンドブック」2008年のみ予想値

「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、非精神科受診群の多剤処方が8・9%も出るとは驚きです。そもそも、これらの薬は単剤での治療で用量が決められ安全性が確認されているだけであることを医師も患者も再確認してほしい」（中川氏）

さくらにこの調査結果によれば、用量もほとんどのがケースで1日に服用する量の上限とされる基準以内におさまっている。睡眠薬や抗不安薬はさまざまに含まれる。

「不審に思つた記者が別の向精神薬について問うと、厚生労働省は会見の最後に『抗うつ薬と抗精神病薬の3種類以上使用はそれぞれ8・9%、8・5%