

自死と精神医療

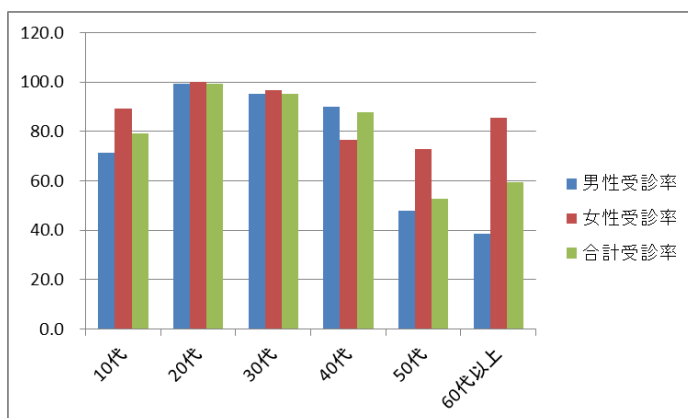
2015年9月3日

精神医療被害連絡会

全国自死遺族連絡会

1 検証—自死と精神科受診率

まず検討せねばならないのは、最悪の被害である自死と精神医療の関わりです。自死者の多くは、自殺対策の名を借りた「精神医療受診キャンペーン」という病気作り戦略に乗せられ、精神医療の門を叩き、薬の副作用により悪化し、死亡に至っているのではないかとことです。自死者遺族で作られる全国自死遺族連絡会の2012年の調査では、なんと自死者の90%が、精神科治療中であったということです。



	男性			女			合計		
	精神科受診数	相談数	受診率 (%)	精神科受診数	相談数	受診率 (%)	精神科受診数	相談数	受診率 (%)
10代	25	35	71.4	25	28	89.3	50	63	79.4
20代	251	253	99.2	37	37	100.0	288	290	99.3
30代	321	337	95.3	30	31	96.8	351	368	95.4
40代	133	148	89.9	23	30	76.7	156	178	87.6
50代	21	44	47.7	8	11	72.7	29	55	52.7
60代以上	10	26	38.5	18	21	85.7	28	47	59.6
全体	761	843	90.3	141	158	89.2	902	1001	90.1

全国自死遺族連絡会に連絡した遺族は、若い世代の自死者の遺族が多い。自死者で一番多いのは男性の中高年であるが、このデータサンプルは若い世代に偏っていることを指摘しておきます。

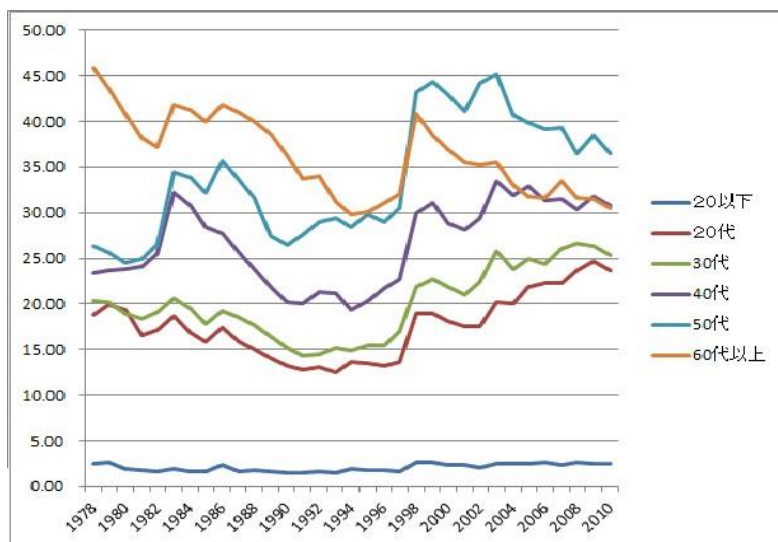
現在の日本は、先進国の中で突出した自殺率であり、さらに20代、30代の死因のトップが自殺という恥ずべき状況にあります。もっとも少ない英国と比べると自殺率で6～7倍の開きがある。我が国の自死が多い原因については、様々な検討が行われています。長く続くデプレや将来の見えない閉そく感、格差の拡大、はたまた日本人の死生観（腹切り文化）を原因とする説まで数多の説が存在します。しかし、そこには重要な視点が欠如しています。それは精神科治療と向精神薬の持つ自殺惹起作用の影響です。

こうした状況のもと、連絡会に寄せられる精神科サバイバー（精神科治療における薬漬け状態から脱して、生活を取り戻した方、その脱出過程にある方の事を指す）は、皆、口を揃えてこう言うのです。

「何故か死にたくなかった」「いつの間にか死ぬ準備をしていた」

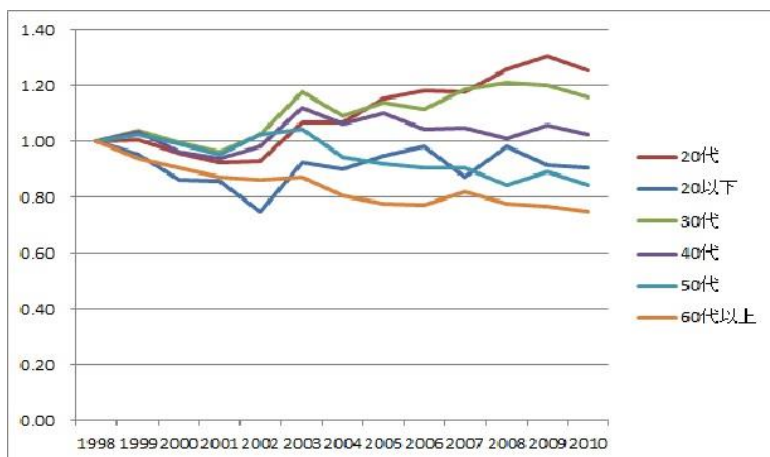
その自殺を企図した当時、彼等の多くが難しい状況にいたことは間違いありません。しかし、もともと彼らの多くには服薬前に「死にたい」という考えは無かったのです。その希死念慮（死にたいと思うこと）の多くは、精神科の受診後、正しくは向精神薬の服用後に起きているのです。

次のグラフは、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。60代以上の世代の自殺率がさがり、若年世代の自殺率が上がり、全体的に各年代の自殺率の差が収束傾向にあることが判ります。つまり最近の自死者は、若年者層が増え、高齢者層が減少している傾向があるということです。



グラフ：年齢別 10 万人あたり自殺率の推移

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。



グラフ：1998 年を 1 とした自殺率の増減数

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見て取れます。年代が若いほど、自殺率は増加し、年代は高いほど自殺率は減少していることが判る。増減幅は±25%に及びます。これほどきれいな扇形のグラフが描かれるということは、何か年齢に關係する自殺要因が存在していることを示しています。

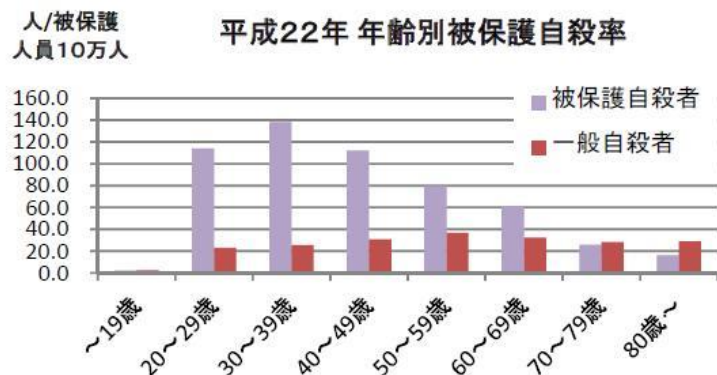
一方、2008年に行われたFDA（アメリカの厚労省にあたる）提出された抗うつ薬の治験データのメタ分析の研究により、60～100人に1人が（プラセボに比べてよけいに）自殺関連リスクにさらされること、さらに若年層ではそのリスクが2～3倍に増強される事が判明しています。自殺リスクは40代を境に若年層ほど増加し、年齢と共に減少することが示されている。もはや、若年層の自死において抗うつ薬が関与しているのは純然たる事実なのです。

ちなみに、ここ3年の自死者の減少と精神疾患を理由とする休職者の減少と抗うつ剤の売り上げ減少は、見事に相関しています。

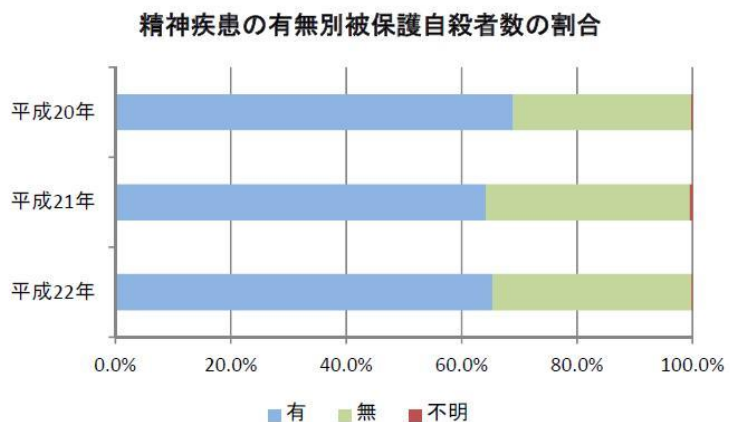
2 生活保護者の自死

もう一つ、自死と精神医療の関わりを示すデータがあります。それは、生活保護者の自殺理由の調査です。

20代、30代、40代の自殺率が100人／10万（一般は25人／10万人）を超えています。こちらでも若年層の自殺率が高いことが判ります。生活保護の開始理由において、全体の約4割が精神疾患を理由としているが、精神疾患が開始理由ということは、少なくとも4割の生活保護者が精神科を受診し治療を受けた上で生活保護に至っているという事です。



次は生活保護者の自死の内、精神疾患を患っている割合を示すグラフです。6割から7割の自死者が精神科で治療中であつたことが判ります。

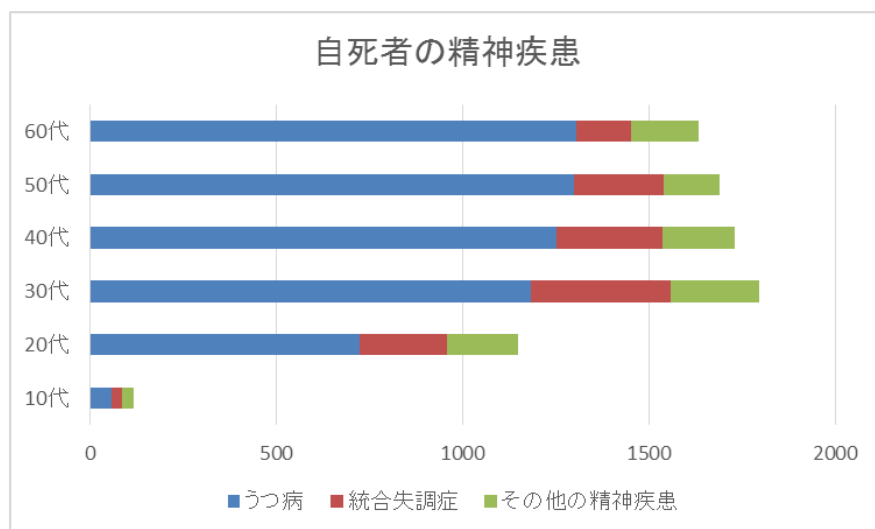
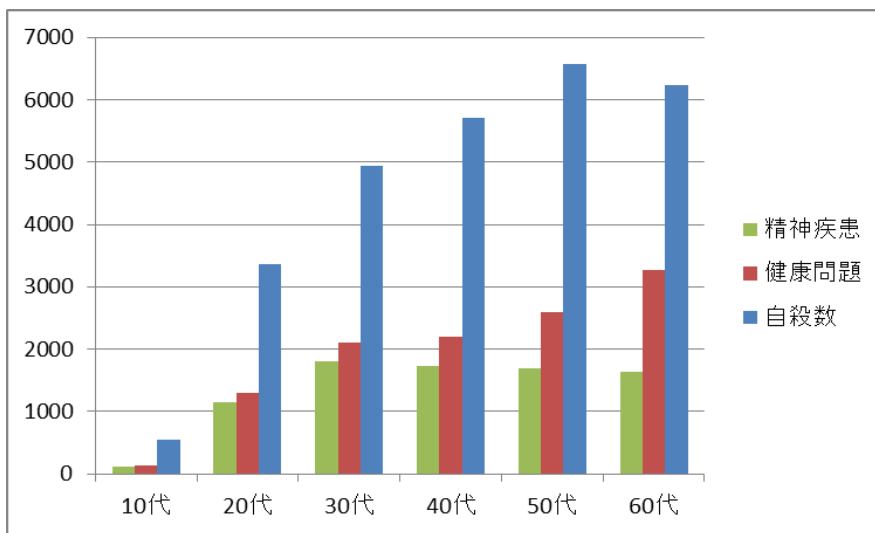


3 警察統計

自死の動機を年齢別に分類したのが次の表です。警察庁の平成 22 年度の自殺関連統計から、自殺の動機として健康問題とされた事例を抜き出しました。

10 代から 60 代にかけて、加齢に従って健康問題が自殺の動機として増加しているのが判ります。注目頂きたいのはその内の精神疾患の割合です。10 代から 40 代において自殺の動機が健康問題とされた内の 80～90%が精神疾患による健康問題なのです。男女別では、女性の精神疾患の割合が高いことがわかります。

下の図は精神疾患が自死理由とされた精神疾患のその内訳です。精神疾患名が付いて居ると言うことは、これらの自死者が精神科診断を受けていたことがわかります。



4 欧米では認められている抗うつ薬と自死の因果関係

2009 年あたりから、米国では抗うつ剤パキシルの副作用に対する訴訟が頻発し、抗うつ剤 S S R I、パキシルの製造・販売元である G S K (グラクソスミスクライン) 社は胎児への副作用と合わせ、自殺関連副作用被害に対し総額 9 億ドルに及ぶ和解金の支払いに応じています。つまり米国では、既に抗うつ剤と自死との因果関係が認められていることを示しています。これは日本の過払い金返還訴訟のようなレベルで、弁護士事務所がわざわざ被害者を広告で募集するような事態にまで至っているのです。さらに治験における自死副作用リスクを低く見せる作為的

なデータ改ざんなども明るみに出て、それに対する賠償金も支払う事態となっています。それに比べて、我が国においては、いまだに抗うつ薬による自殺惹起の副作用が社会に認知されていないどころか、肝心の司法の場においても認められた例はありません。今年になってパキシルが PTSD に対する適応が承認されたことは、新たな若年層に対する自死リスクの増大が懸念されます。

4.1 抗うつ薬の副作用による自死者は確実にいる

次は、抗うつ薬の医薬品添付文書の記載です。

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。

これは、わが国の抗うつ剤処方量の増加と若年層の自死の増加という結果と一致します。

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。

これは、抗うつ薬服用者 200 万人中の 0.32%にあたる 6400 人は単剤の抗うつ剤の服用により自死リスクにさらされていることとなります。さらに、わが国特有の多剤併用による副作用の強化も疑われます。

5 自死への向精神薬との関連を無視する学会／厚生労働省

これだけの事実があるにも関わらず、精神医学会も厚労省も、『自殺と向精神薬（精神科治療）の因果関係』の調査を行う事さえ拒否しています。2012 年 8 月には、調査を求める連絡会や全国自死遺族連絡会の申し入れに対し、厚労省は調査の必要はないと回答しました。2014 年 7 月に再度申し入れましたが、改める気はないようです。

また自死の問題として、疑わねばならないのは自死者 3 万人という数字の信憑性です。この数字はあくまでも警察により自死と判断された数字に過ぎません。この国では、この 10 年で 5 万人以上も不審死や中毒死が激増し、その合計は 17 万人に達しています。その不審死や中毒死の多くが、自死者としてカウントされていない可能性があります。

6 検証—休職者や精神障害者の激増

6.1 公立学校の職員の休職者

うつ病と診断され休職した方、または休学した子供は、その後どうなったでしょうか？そもそも、うつ病は治る病気です（○章を参照）。サラリーマンに対する精神医療と休職に関わる全国的な調査研究は行われていませんが、その状況を示す明確なデータがあります。これから紹介するデータは平成 25 年度に文科省がまとめた『教職員のメンタルヘルス対策検討会議の最終まとめ』に記載されたものです。

2011 年度の国公立学校の職員の精神疾患以外の病気休職者の数は、8544 人。そのうち精神疾

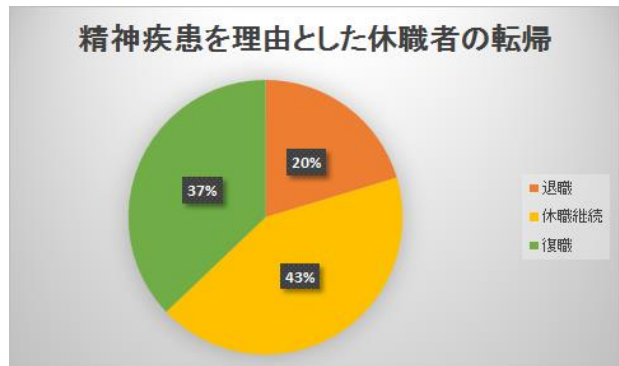
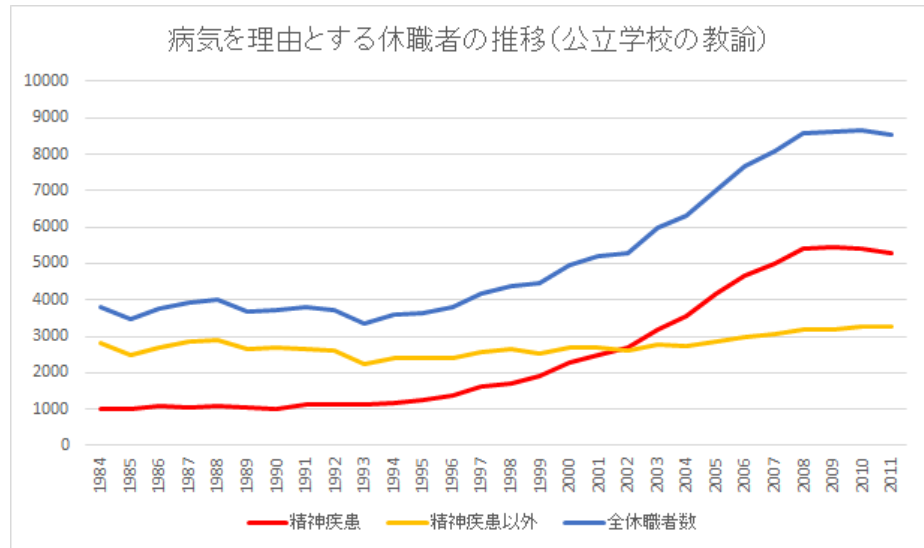
患を理由とする休職者は 5274 人(全職員の 0.57%)。この年の全職員数は 921032 人。1985 年度ではそれぞれ 3480 人、998 人(全職員の 0.1%)と激増しています。この年の全職員数は 995000 人。30 年前と比較すると、教師の精神疾患は 5.7 倍に増加したことになります。精神疾患以外の病気休職者は、教師の高齢化に伴う自然増と考えられますが、異常なのは、精神疾患を理由とする休職者の増加です。

精神疾患を理由とする休職者のその後の転帰も示されています。20%が退職、43%が休職継続、37%が復帰ということです。この 37%の復帰者のうちどのくらいが再発しているのかは不明です。

まとめると次のようになります。

『教員の精神疾患を理由とする休職者は 30 年で 5.7 倍に増加した。100 人当たり 0.57 人（5000 人強）が精神疾患を理由に休職している。ちなみに 30 年前は 1000 人に 1 人だった。精神疾患を理由とする休職者のうち、毎年 2 割(約 1000 人)が退職する。そして、毎年、約 1000 人の精神疾患を理由とする休職者が新たに補充されている。』

1990 年代後半から、急激に精神疾患を理由とする休職者が増えています。これはどうしてでしょうか？教員



を取り巻く社会環境の悪化でこれが説明可能でしょうか？考えられるのは、うつ病が過剰診断されていることそして治療がうまく行っていないということです。

また、この教職員のデータでわかることは、一般国民の職場でも同じような事態が起きている可能性を示しています。

7 うつ病治療の失敗

7.1 抗うつ剤は効かない

1987年から2004年に承認された抗うつ薬12種類のFDA提出データを改めて精査した研究（ターナー）では、74件の試験のうち36件は抗うつ薬の統計的有効性を示すことは出来ませんでした。特に児童青年においては、効果は無いことが判明しています。

2010年にJAMA誌に掲載されたメタ解析論文。HDRS得点が24点程度を下回るうつ病で

は、抗うつ薬の効果とプラセボによる効果にほとんど差はありません。ただし、それ以上の得点のうつ病、すなわち重症度の高いうつ病であれば、抗うつ薬の効果がプラセボに優るとしている。すなわち、軽症と中等症のうつ病では抗うつ薬の効果は乏しいことを示しています。

かつては抗うつ薬療法開始時の説明として「抗うつ薬が効きますから、きちんと飲んでください」が医師の常識でした。しかし、少なくとも軽症から中等症のうつ病患者に対しては、この説明は不適切ということになります。

抗うつ薬の真実

- | |
|---|
| 1. 3環系抗うつ薬の効果が認められたのは精神病的うつ病のみ、その治験を終了できたのは約4割、多くの脱落者が出た理由は症状の悪化。1970年NIMH |
| 2. イミプラミン（3環系抗うつ薬）は重度のうつ病患者のみに有効。1980年NIMH |
| 3. SSRIは効果において3環系抗うつ薬と同等。プラセボに比べ有意な効果はない。唯一有効だったのは重度のうつ病患者のみ。2008年カーシュ、イギリス |

7.2 うつ病薬物治療の転帰

1970年代まで、「うつ病」は、比較的転帰の良い、回復後もほとんど再発しない病気であったのです。抗うつ薬の登場と共に、患者は再発を繰り返すようになり、病気が慢性化するようになると、精神医学界は、「過去の研究には、欠陥があり、うつ病は患者に継続的に苦痛と機能不全をもたらすことが証明された」と主張しました。さらにうつ病が再発するのは薬の影響ではなく、薬を止めると病気が再発することが問題だとしたのです。1999年度APA（アメリカ精神医学会）の教科書には、「うつ病患者の内、うつ病エピソードが1回に留まるのは、僅か15%」と記述されています。薬物治療の転帰（失敗）に合わせて、うつ病、そのものの定義を変え、うつ病は治りにくい病気だと定義したのです。

抗うつ薬には効果があるという根拠の殆どが、うつ症状に対する短期的効果を示す研究に基づいていることに留意する必要があります。後述するような疫学的、長期的な転帰の研究では、薬物治療は完全に否定されています。

1998年にWHOが行ったうつ病患者の12か月の転帰を示す研究があります。結果は抗うつ薬による治療もベンゾジアゼピンによる治療も、無治療に及ばなかったのです。

次の2つの調査は、抗うつ薬治療が、患者の生活に及ぼす影響をあらわすものです。非投薬群の方が早く職に復帰していることがわかります。但し、この非投薬群は、比較的軽症であったと推測することも出来ます。

3つ目の研究は前掲の2つの研究の非投薬群の患者はそもそも軽症であったのではないかという疑問の一部に答えるものです。一旦薬物治療を受けてその後、再発したが薬物治療を受けなかった患者の良好な転帰が示されています。

7.3 うつ病薬物治療まとめ

うつ病の長期転帰の研究結果からは、うつ病とは比較的転帰の良好な病気であり、薬物治療は決して有効ではなく却って病気を長引かせることが示されています。統合失調症においても同様の指摘をしたが、この欧米での1980年以前の研究対象であるうつ病患者は、現在の水増しされた軽症のうつ病患者や不安症状の患者は含まれていません。軽症のうつ病患者や不安症の患者はさらに無治療の転帰は良く、薬物治療によって、かえって重症化していることが推測されるのです。これらの抗うつ薬の正体やうつ病治療によるうつ病の悪化を示す転帰研究はうつ病治療が自死の要因であることを示しています。

世界15都市でうつ病と診断された患者の12か月の追跡調査 (WHO1998年の調査)		
4グループに分類		
A:抗うつ薬による治療を受けたグループ		
B:ベンゾジアゼピンによる治療を受けたグループ		
C:診断されたが薬物療法以外の治療を受けたグループ		
D:うつ病治療されなかったグループ		
	回復	うつ病持続
A	32%	52%
B	25%	45%
C	39%	26%
D	42%	28%
* なんと何もしないが一番回復、ベンゾジアゼピンが一番悪い		

1996年～1998年に短期障害休業手当を受けた1281人を調査。ドイツ
その内、抗うつ薬治療を受けなかったのが564人。
この564人は、平均して77日で仕事に復帰した。
投薬群は、105日かかった。
さらに非投薬群が、長期障害休業手当を受けたのは僅か9%。
投薬群は、19%だった。
* 抗うつ薬治療を受けなかった群は、軽症?

うつ病を発症した547人の6年後の転帰を調査。1995年コリエル
治療を受けた患者は、無治療群に比べ、「主たる社会的役割の中断」に至るものが3倍。
「就労不能」になる可能性は7倍近い。

初回のうつ病発作から回復したのち、再発したが薬物療法に戻らなかった患者84人を特定した。2006年ポスターナック
23%が1か月以内、67%が6か月で、85%が一年以内に回復した。
* うつ病は本来的に転帰が良好だという証拠

7.4 中毒死（服薬による自死）の主役は処方薬

東京都監察医務院の解剖データから分かるのは、薬物中毒死の実態です。薬物中毒死の大部分は、覚せい剤などの違法薬物ではなく精神科処方薬が原因です。

中毒死検出薬（東京都監察医務院資料）

1	フェノバルビタール（ベゲタミン）	136件
2	塩酸プロメタジン（ベゲタミン）	108件
3	塩酸クロルプロマジン（ベゲタミン）	85件
4	カルバマゼピン（テグレート）	42件
5	ペントバルビタールCA（ラボナ）	36件
6	マレイン酸レボプロマジン	34件
7	酒石酸ゾルデヒム（マイスリー）	33件
8	フマル酸クエチアピン（セロクエル）	27件
9	クロラゼパ酸ナトリウム（メンドン）	27件
10	バルプロ酸ナトリウム（デパケン）	27件

7.4.1 849件の医薬品検出の内194件がバルビタール系睡眠薬

上位3位までは、全てベゲタミンという強力な鎮静・睡眠薬の成分です。同資料の中でもわざわざベゲタミンだけが特別に個別に計上されるなど、薬物中毒死の最大の原因薬はこのベゲタミンです。この薬品が突出していることには理由があります。一つは、ベゲタミンに含まれるフェノバルビタールという睡眠薬が、バルビツレート酸系という非常に安全域の狭い薬品であること。さらには、ベゲタミンという薬は、このフェノバルビタールに加え、その効果を倍増させる2つのフェノチアジン系の薬で構成されていて、もともと安全域の狭いフェノバルビタールの効果を増強する非常に危険な薬なのです。中毒死にはこのバルビツレート酸が深くかかわっています。このバルビツレート酸だけでも規制すれば、薬物中毒死者は半減することになります。

7.4.2 過量服薬（オーバードーズ）の責任の所在

厚労省や精神医学界からみた過量服薬問題は、「患者が自殺目的で過量服薬してしまう。」と表現されます。それは、過量服薬問題の解決策として「一度に沢山出さない」という枝葉の解決策に留まっていることに如実に表れています。行政や医療側からみた過量服薬者は、服薬アドヒアランスの悪い手間のかかる患者という扱いなのです。過量服薬は、患者が好きでやっている薬物濫用ではありません。いやそれよりも良くならない、一向に楽にならないことから追い詰められ、その焦燥感や大きな不安からくる混乱の中で過量服薬に至っています。また過量服薬者には、境界性人格障害の患者が多いという見方もあります。その見方もまた、抗不安薬が持つイライラや焦燥感という副作用を無視した見解です。服薬しないと治らないと医者から言われ、判断力を失い、焦燥感を高める薬の作用と、治療しているのに良くならないこと（むしろ状況が悪化する）への焦り、悪化する状況に追い詰められた結果として過量服薬を繰り返してしまうというのが、この問題の正しい理解です。

8 要望

薬の弊害に気が付いた多くの患者が、減断薬により長年の苦しみから脱しています。当会に寄せられるサバイバーの証言は、「服薬後、何故か死にたくなかった」「焦燥感から過量服薬してしまった」です。また本レポートに示したようにうつ病薬物治療が却って自死を促進しているのではないかという疑いは濃厚です。

我々の要望は以下の通りです。

- ・現在の精神科医やプライマリケア医は、眠れないというとすぐに睡眠薬を処方し、悲しみや落ち込みを訴えるとすぐに抗うつ薬が処方されています。本レポートに示したように薬物治療の転帰は決して良くないことが判明しています。軽症うつに対する薬物治療が有効でないことは、日本うつ病学会のガイドラインにも明確に記載されています。安易な薬物治療による早期介入は不要、むしろ有害であるため見直しをお願いします。
- ・特に若年層（40歳以下）のうつ病治療において、抗うつ剤は自死リスクを高める為、規制をお願いします。
- ・過量服薬の致死原因薬は、バルビツレート酸系であることは明白です。外来での処方禁止などの強い規制をお願いします。精神医学界も日本精神神経学会の機関紙（2011年1月号の冒頭記事）で、外来でのバルビツレート酸系の薬の外来処方を控えるように会員向けに注意喚起を行っています。
- ・早期介入において、薬に頼らない欧州型の社会精神医学的なアプローチを歓迎する。互助的な地域コミュニティを育てるようなメンタルヘルス対策が有効と考える。
- ・自殺対策の策定メンバーは、製薬企業と利益相反のないメンバーで構成頂きたい。対象は医師だけではなく、支援NPOなども含む。

これらの施策により、薬害による自死者数千人の自死の防止に繋がります。

自死の少ない英国（自死率が日本の4分の1）が、初診での処方はず数か月様子を見るとか、使える抗うつ剤が制限されていること、地域メンタルヘルスの充実していることなどに注目頂きたい。