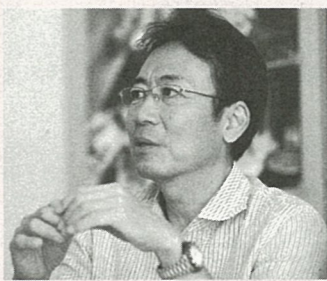


医療の暗部を抉る衝撃連載

# うつ病で 病院に行くと 殺される!?

第1回



## 国の自殺対策の大前提となつている 「自殺の原因はうつ」が疑わしい!

「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)薬書とわかった今、このままでは死ねないと思いましたが」

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、実際に向精神薬の副作用によって2年前に自殺に至った若者の母親が、右のような証言を行なった。

職場での人間関係のストレスからうつ状態に陥っていた若者は、精神科を受診して医師から数種類の薬を出された。その中には副作用として自殺企図のリスクが高まる薬が含まれていたのだが、副作用については一切説明がなかったという。そして夜中に息子が自殺しているのを母親が発見することとなる。

昨年9月から4回にわたって掲載した本連載第1部では、抗うつ剤を若年層に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抉った。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「シヨッキングな記事」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随、大きな反響を呼んだ。

あれから半年余り、精神医療の現場で何が起きているのか。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回は国の自殺対策の杜撰さについて取り上げる。

冒頭に紹介したシンポジウムには、国会議員も3名出席していた。その一人、民主党の石橋通宏参議院議員は「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う

視点は全くなかった。民間の方からさまざまな意見を頂き、厚生労働省からも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。これからの議論にいかしていきたい」

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

なかったことの裏返しでもある。そして、そのような情報が国会議員の元にさえ、十分に上がっていないのだ。

背景には、現実を目を向けようとするのが、現実に関心、欺瞞が存在する。

「警察官が診断していい」

警察庁によると2011年における自殺者の総数は3万651人。前年に

比べて1039人(3.3%)減少したものの、98年以来14年連続で3万人を超えた。原因・動機が明らかでないトップは「うつ病」(6513人)で2位の「身体の病気」(4659人)を大きく上回る。

それ故、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。

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生省の「人口動態統計」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か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。

族が「最近、ずっと落ち込んでいた。きつとうつだった」と証言すると、警察官は「病気の悩み・影響(うつ病)」に丸をつける。

医師免許を持ち国会で自殺対策に取り組み民主党の梅村聡参議院議員は、「自殺統計の集計方法はきわめて杜撰です」と明かす。

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いですが、うつ状態とうつ病はまったく違う。専門家さえ区別が難しいのに、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っています。つまり、警察官が「診断」しているのです(梅村議員)

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

「自殺対策基本法の策定などで自殺防止に取り組み気運が高まったため、より自殺対策に資する統計資料を提供できるよう、平成19年1月に自殺の原因・動機の項目などの見直しを行ない、平成21年1月と平成22年8月にも見直しを行なった」

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、警察官が遺族の元へやってくる。そして生前の状態、悩みなどがなかったか、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、警察官は遺族の話に沿って、該当項目に丸を付けていく。そして「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

「全員が遺書を残すわけではなく、死人に口なし」なのに自殺の原因・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関係者に「うつ病」「統合失調症」「その他の精神疾患」という項目が出現した。

「平成19年の改正でやたらと項目に精神疾患が増えていきます。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ったくのブラックボックスになっているのです(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ップだった。そして自殺対策がうつ病対策にすり変わり、早期受診キャンペーンが繰り返される……。

「自殺の原因・動機の調査法は遺書があれば確認する他、日記や診察券などの確認、生前の生活状況や特異な言動等の有無を遺族に聞き取るなど、自殺の状況や既往症歴を警察官が詳細に調査した上で医師の診断を確認し、その診断に基づいて該当する事項に計上している」

だが、実際は医師の診断はろくに確認されていない。NPO精神医療被害連絡会世話人を務める中川聡氏が言う。「亡くなった人の所持していた薬を見て、抗うつ剤や睡眠薬などがあれば、それだけでうつ病と判断しているケースがほとんどです」

あらためて警察官に、実際に医師から聴取したのは何件か、診断書・カルテを取り寄せたのは何件か問合わせたが、「ご質問にあたる項目につきましては、自殺統計上の計上項目となっております」という回答だった。

梅村議員は現在のように自殺の原因を過度にメンタル面に求める風潮に大きな違和感を抱いている。

01 親子関係の不和	02 夫婦関係の不和	03 その他家族関係の不和	04 家族の死亡	05 家族の将来悲観	06 家族からのしつけ、叱責
07 被害者	08 介護・看病疲れ	09 その他	10 病気の悩み・影響(アルコール依存症)	11 病気の悩み・影響(薬物乱用)	12 病気の悩み・影響(その他の精神疾患)
13 その他	14 失業	15 就職失敗	16 生活苦	17 負債(多重債務)	18 負債(その他)
19 借金(その他)	20 借金の取り立て苦	21 自殺による保険金支給	22 その他		

「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。



政府の自殺対策は迷走が続き、名称が不適切だと批判され、撤回したのは記憶に新しい。

「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

01 親子関係の不和	02 夫婦関係の不和	03 その他家族関係の不和	04 家族の死亡	05 家族の将来悲観	06 家族からのしつけ、叱責
07 被害者	08 介護・看病疲れ	09 その他	10 病気の悩み・影響(アルコール依存症)	11 病気の悩み・影響(薬物乱用)	12 病気の悩み・影響(その他の精神疾患)
13 その他	14 失業	15 就職失敗	16 生活苦	17 負債(多重債務)	18 負債(その他)
19 借金(その他)	20 借金の取り立て苦	21 自殺による保険金支給	22 その他		

[PROFILE] 国内外の医療現場を精力的に取材。03年よりフジテレビ『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 本当の話 子どもを守る編」(宝島社刊)、「オトコの病気 新常識」、「オンナの病気 新常識」(ともに講談社刊)。



「3万人を超える自殺者は大きな社会問題ですが、自殺統計原票に明らかによろしく、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感じます。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現状についてこう指摘する。

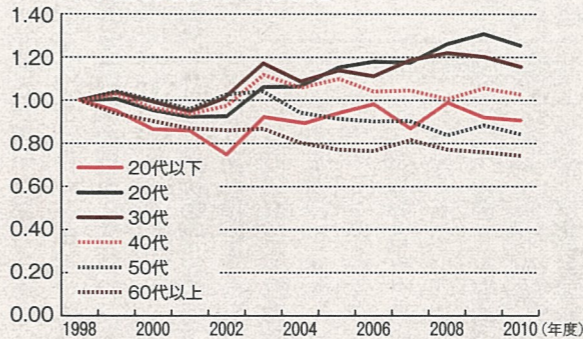
「自殺には単純にメンタルだけでなく、景気などいろいろな要因があります。特に件数が一番多い中高年男性の自殺は、会社への個人保証や住宅ローンなどの借金が原因であることが多い。お金の問題をいかに解決するか、その点をフォローすれば自殺はもつと減るはずです」

### 「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する意識が欠け、このような体質の厚労省にかかれば、本連載第一部で報じた「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。

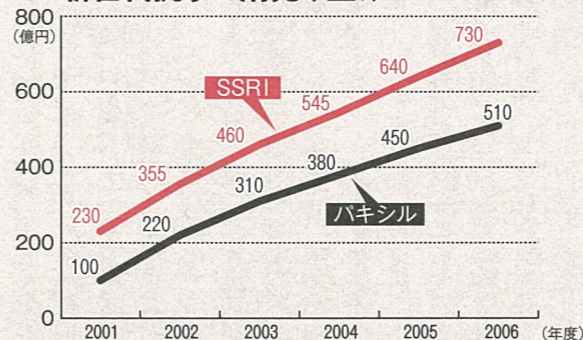
多剤大量処方とは、精神科を受診すると安易に向精神薬（抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬など）を大量に処方され、薬物依存状態を招く、世界に類を見ない悪弊である。薬によるさまざまな作用で、病状を悪化させ、最終的に自殺に追いやられる危険性がある。

### 年代別自殺率の変化



1998年を1とした年代別自殺率。警察庁の自殺統計から98年以降の年齢別の自殺者を抽出。それを人口動態統計に掲載されている年齢別人口で割り、年齢別の自殺率を割り出した。中川聡氏提供。

### 新世代抗うつ剤売り上げ (出荷ベース)



SSRI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：株式会社ほう出版「薬事ハンドブック」2006年のみ予想値

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別々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「単剤処方」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、抗不安薬の場合は単剤処方83.6%に対し、3種類以上の処方はずか1.9%だったのだ（いずれも09年）。

本連載第一部では「1日12種類24錠」「1日13種類26錠」という多剤大量

処方にも苦しむ数多くの患者を紹介したが、続々と出てくる多剤大量処方の証言に対して、この数字はあまりに少ないという印象だ。しかし、この調査には大きな欺瞞がある。

精神医療の問題を追及している「市民の人権擁護の会」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。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。従って、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。得るに日本ではベンゾジアゼピン系薬の処方量が異常に多く、安易な処方が国際

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っている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」

厚労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念を抱きたくなる理由はもう一つある。実は、記者発表で厚労省は当初、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。

「不審に思っ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

5000ドルの謝礼が支払われた。これらの悪質な販売促進によって、GSKは最終的に医療関連訴訟としては米国史上最高額の和解金を支払うこととなった。

だが、日本ではそのパキシルをはじめとする抗うつ剤が当たり前のようにならなければならぬ。若者層に処方されている。そして、皮肉にも若者の自殺者数は近年増えている。

11年中の職業別の自殺者は「学生・生徒」が顕著になり、前年より1割増の1029人。統計を取り始めた78年以降、初めて1000人を超え、15～39歳の各年代の死因の1位が自殺となった。これは先進7か国で日本のみの現象だ。中川氏は若者の自殺の増加と、抗うつ剤の売り上げ増に相関関係がある、と指摘する（表参照）。

「抗うつ剤は若年層ほど自殺企図のリスクが高まることは医薬品添付文書にも記載されている事実です。それを証明するように、98年にSSRIが発売されて以降、40代を中心に年齢が高くなるほど自殺率が減少し、逆に年齢が低くなるほど自殺率が増加していたのです。年代順にこれほど綺麗な形のグラフになるということは、やはり年齢が関係していることを示しています」

国はこの事実を気づいているのか。実は3年前の『自殺対策白書』には見逃せない一文があった。死亡前1年以内の精神科受診の有無と年齢層について踏み込んで分析した以下の記述だ。

「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、非精神科受診群の約75%が40歳以上であった」（09年度『自殺対策白書』より）

ここでは精神科を受診した若者に自殺者が多いという事実が明確に述べられている。ところが、翌年以降の記述には大きな変化が見られる。

「翌年度以降の自殺対策白書から精神科受診と自殺を関連させる記述は一切姿を消しました。抗うつ剤の若年層への弊害を知った上で、記述を削除したのであれば、隠蔽工作」との批判を受けても仕方ありません（中川氏）

「自殺対策白書」をまとめた内閣府は記述が削除されたことについて、文書でこう回答する。

「本件は、平成21年度白書の特集として、当時発表された自殺予防総合対策センターによる調査結果の報告を掲載したものであり、翌年度以降の白書には掲載していません」

その年の「特集」だったから以降は載せていない——事の重大さ故に掲載するという視点が欠けている。

実は、向精神薬の問題は自殺だけではなく、その暴力が外へ向けば、殺人へと繋がるのだ。実際に、日本を含む世界各地で事件が多発している。

次号、副作用で殺人に及ぶ可能性すらある向精神薬の恐ろしさに斬り込む（以下次号）

ら問題ない、という話ではありません」

なぜ疑念が生じるカウントをするのか。厚労省に聞いたが、締め切りの6日前に質問したにもかかわらず、締め切りまでに回答はない。

### 削除されたSSRIの 若者自殺のリスク

近年、アメリカや欧州では、当局の取り締まりが厳しくなり、訴訟も頻発している。日本のような隠蔽に走る省庁とは真逆だ。折しも、アメリカでは「選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）」と呼ばれるタイプの抗うつ剤「パキシル」を巡る訴訟が大ニュースとなっている。

米司法省は7月2日、英製薬大手グラクソ・スミスクライン（GSK）がパキシルなどを不正に販売促進した問題で、米連邦政府や州政府に30億ドル（約2400億円）の和解金を支払うことと合意したと発表した。

パキシルには自殺企図を高めるリスクがある。GSKは、米食品医薬品局（FDA）がパキシルの小児への処方を認めていないにもかかわらず、99～03年に亘って18歳未満にも処方するよう販売促進を行っていた。

例えば、医師に対して「効果的」だと売り込み、キックバックを支払っていた。また、あるラジオ番組では、ホストを務める医師とサクラの患者に会話の中で、それとなくGSKの抗うつ剤の宣伝をさせた。この医師には27万

「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（ジアゼム換算）する調査もあり、3257人中434人（13.3%）が、換算値30mg以上という結果が出ていました。この30mg以上という数値は、用量の倍を超える大量処方に該当し、高用量依存を引き起こし得るものです。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処方が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はない」

さらに前出の中川氏はこう指摘する。「薬は総量が一番重要です。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



響反  
第2部  
スタート

伊藤隼也  
と本誌取材班

ITO Shunya

# うつ病で 病院に行くと 殺される!?

医療の暗部を抉る衝撃連載

第2回

## 抗うつ薬服用者たちは、なぜ 殺人・強盗に及んでしまったか



抗うつ薬の使用は近年、劇的に伸びている。98年に173億円だった売上高は、06年には875億円に到達。だが、安易な処方ハイペースで進む裏で、自殺衝動を高めるリスクが見逃されている。実は抗うつ薬には人命に関わる別の危険も潜んでいる。

98年に173億円だった抗うつ薬の売上高は、06年には875億円に到達。だが、安易な処方ハイペースで進む裏で、自殺衝動を高めるリスクが見逃されていることを前号で報じた。

実は抗うつ薬には、投与されている患者があまり知らない別の危険も潜んでいる。

薬の副作用で他人を傷つける、場合によっては殺してしまう。日本の精神医療の現場で頻りに用いられている薬で現実それが起きている。薬害に詳しい「薬害オンブズパーソン会議」の水口真寿美弁護士が解説する。

「抗うつ薬は患者の衝動性を亢進する

ことがあります。攻撃性が自己に向けば自傷、自殺となり、他者に向けば殺人や暴力などの他害行為となるのです」

非公表データでは「敵意・暴力」が6倍に

抗うつ薬の中でも脳内の神経伝達物質に作用するSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害剤）が特に問題となる。副作用が少なく効果が高いとされ、80年代に欧米で幅広く用いられるようになった。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」の4種類が販売されている。

医師で医薬ビジランスセンター理事

億1200万円)の支払いを命ずる陪審判決が下った。

日本も例外ではない。大阪府在住の小林久弥さん(仮名・42歳)は物腰柔らかく、穏やかな風貌だ。しかしある日、気がついたら犯罪者になっていた。営業職だった小林さんは仕事のストレスで不眠に陥り、04年3月から心療内科に通い始めた。最初は睡眠薬のみを処方されていたが、寝不足による気分の落ち込みを訴える。医師は「やる気を出すため、いま主流の抗うつ薬に変えましょう。副作用もありませんから」とパキシルなどを処方するようになった。

その後、異変が生じた。「大量の薬を処方されましたが、医師から『薬は毎日同じ時間に服用することよりも、1日に飲むトータル量が大事』と言われてきました。夜なかなか眠れず、逆に朝起きられないと、飲みそびれてしまっ



全米を震撼させたコロンバイン高校銃乱射事件。犯人の1人からは大量のルボックスが検出された。

そこで毎晩、1日分の薬をまとめて服用しました。眠れるよう、お酒と一緒に飲んでいました。するとイライラして、家内に手をあげるようになりまし

た。結婚して十何年で一度もなかったことです(小林さん)

長の浜六郎氏が衝撃のデータを明かす。「2004年6月、米国ニューヨーク州司法局が、パキシルを販売する製薬会社グラクソ・スミスクライン(GSK)社を情報の隠匿を行なったとして提訴しました。最終的に、GSK社は250万ドルの和解金を支払い、それまで公表していなかった研究結果をすべて公開した。それで明らかになったのですが、18歳未満には、うつ病などに効果がなかったうえ、自殺関連事象がプラセボに対して約3倍、敵意・暴力関連事象は約6倍増えています。健康人に使った第I相試験でも敵意や激越が数倍になっていたのです」

副作用が問題視され、厚生労働省は

大量の薬とアルコールを同時に摂取すると記憶障害が激しくなった。妻の制止を振り切って車で外出し、自損事故を起こしたこともある。小林さんは身に覚えがない。

そして06年1月、事件が起きた。大阪地裁の裁判資料によれば、この日午後11時35分ごろに小林さんは自宅近所で通行人男性に「俺は強盗や。刺そか」と包丁を突き付けて金品を要求。近くのカラオケ店に逃げ込んだ男性の顔を何度殴ったのち、包丁を店内に落とし現場を離れた。

その足で近くにある馴染みのバーを訪れ「強盗しにいこう。包丁貸して」と店長に頼んだが断わられて店を出た。コンビニでカッターナイフを万引きした後、人通りがあり交番も近くにある駅前ロータリーに向かうと、客待ちのタクシードライバーに「金貸せ。俺は強盗や」とカッターナイフを突き付けた。

運転手が拒むと顔を殴って逃走したが、現場近辺からは離れず、約30分後に駅前近くの駐車場で捜査中の警官に見つかり緊急逮捕された。「気がついたら留置場にいました。犯行時の記憶は途切れ途切れの画像のよう

でほとんど覚えていません。私はお金に困っていなかった。なぜそんな行為に及んだのか、見当が付きません」

カギとなるのが抗うつ薬をはじめとする向精神薬などの服用だ。この夜、小林さんはいつものように1日分の薬をまとめて飲んだ。抗うつ薬「パキシル」4錠、「トリプタノール」5錠、抗不安薬「デパス」1錠、睡眠薬「ハルシオン」6錠など合計9種24錠に上る。それでも眠れず、日本酒5合を胃に流し込んでから小林さんの記憶は曖昧になっていった。

裁判では向精神薬と犯行の関係が焦点となった。鑑定意見書を提出した浜医師は明白な因果関係を主張する。

「小林さんに処方されたパキシルは60〜80mgと大量であり、これだけでも暴力行為につながる可能性がある。事件当日は、パキシル80mgを一度に服用したことに加え、大量の睡眠剤とアルコールの作用で健忘状態になった。このためパキシルやハルシオンの効果が相互に助長されて、攻撃的になって強盗に及んだと考えられます。精神系薬剤が生んだ犯行と言っているでしょう」

裁判での精神鑑定で、小林さんは向精神薬とアルコールによる「物質誘発性せん妄」に陥っていたと認定された。大阪地裁は07年8月の判決で「犯罪を犯す健常者の行動としてはあまりにも大胆かつ短絡的であって不可解」とし、「同人の日頃の性格傾向・行動傾向・生活状態から非常に異質なものである

「現在の医薬品添付文書の警告欄には18歳未満への投与について『慎重に検討すること』と記載されているのみ。それも『自殺に関するリスクが増加するとの報告もある』からで、他害については触れていません。SSRIの攻撃性は成人にも広く認められている。現実にはSSRIは世界中で多くの凶悪事件と関連が指摘されているのに、その事実が添付文書の警告欄にはまったく反映されていません」

医師の処方通りに服用  
気づいたら留置場に

SSRIに関わる犯罪で世界を震撼させたのは、99年に米コロラド州で起きたコロンバイン高校銃乱射事件だ。学校内で突然、2人の男子生徒が銃を乱射。教員1名と生徒12人が死亡、23名が重傷を負った。その場で自殺した犯人のうち1人を司法解剖すると、SSRIの一種であるルボックスが体内から大量に検出された。事件1年前からルボックスを処方され、事件3か月前から服用量が増加していた。

事件後、重傷を負った被害者がルボックスの発売元であるソルベイ社を提訴し02年に米国で販売停止となったが、数年後に販売が再開された。

98年には米ワイオミング州でパキシルを服用した男性が銃を乱射し妻と娘の3人を殺害し、自らも命を絶った。ここでも遺族が販売元のGSK社を訴え、01年、同社に640万ドル(約5

\* 治験では3つの段階を経る。最初の「第I相試験」で健康な成人ボランティアに薬剤を投与する。以後、「第II相試験」で少数の患者に投与。「第III相試験」で多数の患者に投与してより詳細なデータを収集する。

[PROFILE] 国内外の医療現場を精力的に取材。03年よりフジテレビ「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 子どものを守る編」(宝島社刊)、「オトコの病気 新常識」(オノンナの病気 新常識) (ともに講談社刊)。



「といわざるを得ない」と言及。向精神薬の影響で犯行時に心神耗弱状態にあったと結論付け、懲役5年の判決を言い渡した(求刑は懲役8年)。

小林さんは昨年8月、社会復帰を果たした。長い服役中に断薬し健康を取り戻したが、失ったものは大きい。

「服役は本当に辛かった。妻とは離婚して、子供に会うこともできません。家は競売になりました。医師の処方を守って一生懸命に薬を飲んだらこんな目があった。せめて医師には薬の副作用について説明してほしい。こんな恐ろしい副作用があると知っていたら、決して服用しなかった」(小林さん)

精神疾患に苦しむ患者を救うには、薬偏重の治療ではなく、家族のケア、職場の理解、薬を使わない精神療法などさまざまなアプローチが必要——だが、体制は整っておらず、薬に助けを求める患者が多いのも事実だ。だからこそ医師は診断、処方にも慎重であるべきなのだ、浜医師はこう指摘する。

「さまざまな薬の添付文書が頻繁に改訂される中、医師が目をもみ込んで添付文書を読み込むことなどほとんどない。だからこそ、重大な副作用については警告欄に記載する必要があるのです」

裁判で抗うつ薬の影響が認定されたケースは他にもある。

99年7月、20代男性が乗員乗客517名を乗せた羽田発函館行き全日空機をハイジャックし、機内に持ち込んだ包丁で機長を刺殺した。犯人はうつ

病などで精神科通院歴があり、犯行の約7か月前からパキシルを服用、他にもプロザック、ルボックスなどを処方されていた。

07年3月、東京地裁は「被告人は抗うつ剤などによる治療の途上に生じたうつ状態と躁状態の混ざった混合状態であり(略)、心神耗弱の状態にあった」と認定。最高裁も抗うつ薬の影響による心神耗弱を認め、死刑の求刑に対して無期懲役の判決を下した。

うつ病治療の重鎮は「安全性が高い」と発言

SSRIのリスクは自殺や傷害にとどまらない。

「妊娠初期にパキシルを服用すると胎児が先天異常を起こす危険性があります。また、妊娠20週以降にSSRIを服用すると、新生児薬物離脱症候群および新生児遷延性肺高血圧症のリスクが増加するデータもある。米食品医薬品局(FDA)がこれらのリスクを認め、医薬品添付文書の警告欄に記載しています。日本では警告欄の記載はありません」(前出の水口弁護士)

09年10月、薬害オンブズパーソン会議は警告欄へのリスクの記載を求めGSK社に要望書を出したが、同社は「日米では添付文書の形式が異なる」などと添付文書改訂の必要性を認めなかった。

「GSK社は妊娠初期の患者への原則使用禁止の要望にも回答しませんでし

た。私たちは改めて、添付文書の改訂とパキシルの危険性への注意喚起を求めています。特に妊娠初期はリスクが高く、妊娠に気づいたときには手遅れとなりかねません」(水口弁護士)

その後も事態は進展していない。GSK社に妊婦の危険性への認識を改めて聞いたところ、2010年4月に医薬品添付文書を改訂して、海外の疫学調査で妊娠中に服用した場合、新生児に右記のリスクが増加したとの報告があることを追記したと説明。その上で「新たな情報が得られた場合には、必要に応じて安全確保措置を講じていく所存です」(GSK広報部)と回答した。だが、警告欄に記載しない理由については回答がなかった。

危険極まりない抗うつ薬。しかし日本では、著名な精神科医が「安全宣言」を繰り返してきた。うつ病治療における重鎮のひとり、日本うつ病学会理事の野村総一郎氏の発言を辿ってみよう。

「現在いろいろな薬が使われていますが、一般にどの薬も恐ろしい副作用はありません。中でも抗うつ薬は一番安全性が高い」(信濃毎日新聞03年9月5日)

共同通信社



99年の全日空機ハイジャック事件では、犯人は抗うつ薬を服用しており、心神耗弱が認められた。

重大な副作用というものはありませんが、多少のことは出てきます」(NHK福祉ネットワーク05年2月22日放送)

しかし前述の通り、09年6月に厚労省がSSRIについて「他人への攻撃性が増す可能性がある」と注意喚起すると、野村氏はSSRIについて「発売当初は過剰な期待があった」とし、さら

に攻撃性が増す可能性については「当初からわかっていた」と発言したのだ(日本経済新聞09年8月16日)。発言は一変した印象がある。

野村氏に聞いた。「発言内容に基本的な変更はありません。抗うつ薬SSRIには発癌性や心臓が直ちに停止するような毒性、腎臓への毒性など、臓器や生命に重大な危険を与えるような副作用は無く、その点では安全性の高い薬です。ただ、他のすべての薬と同様に、一定の注意が必要な副作用もありますので、これについては注意を呼びかけています」

前掲の過去の発言では「攻撃性が増す」といった説明は一切なかった。患者を守る立場の精神医療界は危険な抗うつ薬治療の旗を振り続けた。裏には、製薬業界と医師たちの特別な関係が見え隠れする。

(以下次号)



大反響  
第2部

医療ジャーナリスト  
伊藤隼也  
と本誌取材班

ITO Shunya



多くの医師は、技術の向上や情報の更新のために、学会に参加したり、専門誌を読んだりして最新情報を得ている。その講演者、執筆者が製薬会社と、特別な関係にあるとしたら医療現場に好ましくない影響を与えることにもなりかねない。

# うつ病で病院に行くと殺される!?

医療の暗部を抉る衝撃連載

第3回

## 製薬会社から多額の謝礼・寄付金を受け取る精神科医たちの倫理を問う

08年6月、ある精神科医のスキヤンダルに全米が揺れた。世界で最も影響力のある児童精神科医のひとり、米ハーバード大学のジョセフ・ピーターマン博士が07年の間に製薬会社から講演料やコンサルト料として計160万ドル(約1億3000万円)を受け取りながら、大学事務へ適正に報告していなかったことがNYタイムズなどによって報じられたのだ。

さらに、同氏が注意欠陥・多動性障害(ADHD)の治療薬「コンサータ」の治療を担当した際、「子供への有効性が治験によって明らかになるだろう」と製造元のジョンソン&ジョンソン社に、治験前から「予言」していたと報

じられた。そして、同博士は「予言」通りの研究結果を発表していた。NYタイムズは、同博士の影響で小児への向精神薬の処方が増したと批判した。

精神科医の「教科書」も疑惑だらけだ。世界の医療現場で診断の基準とされているのが米国精神医学会が作成した「精神疾患の診断統計マニュアル」(DSM)だが、マサチューセッツ大学のリサ・コズグロブ博士は06年、DSMの第4版「DSM-IV」作成に携わった専門家170名のうち95名が「研究資金」「コンサルト料」「講演料」などの名目で製薬会社から金銭の支払いを受けていたと暴露した。中で

も「気分障害(うつ病を含む)」「統合失調症および他の精神病性障害」の項目では、執筆者すべてに製薬会社との間に何らかの金銭的関係があった。

そもそも精神科医は、癌や骨折のように血液検査やレントゲンなどで客観的に診断が下せるものではない。たとえばうつ状態とうつ病は外から見た場合、ほとんど変わらない。最終的にそれをどう診断するかは医師の主観だ。そこに少しでも客観性を与えるべく作られたのがDSMである。

だが、製薬会社の「サポート」があったとも言える「DSM-IV」には347もの病名が記載され、診断基準は曖昧かつ幅広くなった。DSMは、科

学的というよりも政治的な書物だとの批判が絶えない。日本でも精神科医の中安信夫氏が「精神科治療学」第27巻第1号(2012年1月、星和書店刊)で、「DSMには臨床的視点が欠けているばかりか反治療的ですからある。操作的診断法はそれまでの精神科臨床にはなかったもの」と批判している。

### 「雅子妃の担当医」に製薬会社から200万円超

影響力のある大物医師に製薬会社の影がちらつくのは日本も同様だ。認知行動療法の第一人者であり、国立精神・神経医療センターの認知行動療法センター長・大野裕氏。皇太子妃、

雅子様の担当医としても有名な彼の発言は、他の医師たちからも常に注目され、精神医療界で大きな影響力を持つ。

その大野氏だが、「市民の人権擁護の会」が情報公開請求によって贈与等報告書を確認したところ、昨年6月にゼンター長に就任してから今年の3月までに、「講演料」や「座長」といった名目で200万円以上の報酬を製薬会社から受け取っていたことが判明した。2011年の最多額はファイザーで、約78万円だった(次頁、表参照)。

製薬会社から金銭を受け取ることに ついて、精神医療界の「態度」は極めて鈍い。

象徴的なのが、大野氏も出席した、今年7月に東京・新宿の京王プラザホテルで2日間にわたって開かれた「第9回日本うつ病学会総会」だ。一流ホテルの1フロアをほぼ貸し切って開かれた総会の「抄録・プログラム」を見ると、「寄付一覧」には4社「協賛企業一覧」には30社の企業名がズラリと並ぶ。ほとんどが製薬会社で、「パキシル」「エビリファイ」「ジェインゾロフト」といった向精神薬の広告が誌面を彩る。

近年、医療現場でも利害関係のある企業との関わり、「利益相反」(Conflict Of Interest=COI)にどうして適切な対処が求められるようになってきている。この総会でも、発表者にCOIの提示を義務づけていた。同会の指針によれば、昨年1年間に1社から50万円以上の「会議謝金・講演料・原稿料等」を

受け取った場合、該当企業名を提示する必要があった。

だが、前出の大野氏は「シンポジウム5 うつ病精神療法の未来」における発表時、「COI該当なし」と表示していた。ファイザーから受け取った約78万円はどうなったのか。大野氏に問い合わせると、こう釈明した。

「日本うつ病学会COI指針は総会の発表内容に関して、製薬会社などの企業と利益相反状態にあると発表者が判断した場合に開示するよう求めています。今回の私の発表はいかなる製薬会社とも利益相反状態にないと判断したため開示しませんでした。これにより、シンポジウムの参加者に誤解を与えたり、製薬会社との関係について疑念を招いたりすることはないと考えております」

日本うつ病学会の神庭重信理事長もこう答える。

「COIは『発表内容に関して利益相反状態にある』と発表者が判断したものを開示するようにと学会が求めているものです。今回の大野氏の開示内容については、学会がコメントする立場にないと考えます」

年間「50万円以上」という基準は無いに等しい。この理屈ならば、たとえ500万円を受け取っても本人が「利益相反状態にない」と判断すれば、開示する必要がないということになる。

こんな理屈は世界では通用しない。冒頭のピーターマン博士のスキヤンダルを受け、米国では製薬会社や医療機器メーカーが医師や研修病院に10ドル以上の支払いをした場合、全額を市民が閲覧できるデータベースに公開することを義務づける「サンシャイン法」が13年から施行される。

また、オーストラリアの救急学会は製薬会社による学会協賛をCOIとして問題視し、学会誌「EMA」に製薬会社の広告を掲載しないことを決めた。

### 昔は一流ホテルではなく講堂や市民ホールだった

総会では昼食時に受講者に豪華な弁当が無料で振る舞われる「ランチョンセミナー」が2日間で計8つ開催された。これらはすべて製薬会社の共催で行なわれた。その一つ、「自殺予防からみたうつ病治療」では、帝京大学医学部附属溝口病院精神科の張賢徳教授が壇上に立った。

このセミナーで張教授は「SSRI現象」に言及。SSRI現象とは、99年に日本で初めて抗うつ薬のSSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害剤)が発売されたから、販売額に比例して、うつ病患者が爆発的に増えたことを指す。つまり、不景気やストレス社会によってうつ病患者が増えたのではなく、製薬会社がSSRIの販売促進のため、うつ病の啓発活動を行ない、それに伴って精神科の受診率が上がったから患者数が増加した、とする説だ。

張教授は講演で、SSRI現象に理解を示した上で、その現象そのものを擁護する以下の論旨を展開した。「製薬会社がSSRIを積極的に宣伝することによってうつ病患者が増えるというが、その何が悪いのか。また、DSMの基準が広いことは認めるが、その何が悪いのか。もし「SSRI現象」があるとしても、「うつ病」として増えているのは健康な人ではなく、「軽症うつ病」レベルでぎりぎり頑張っていた人だ。そうした人が受診することによって病を早期発見し、治療に結びつけることが自殺防止につながるのではないか」

続けて、他のクリニックで適応障害と診断されて、抗うつ薬なしの治療を続けたが長い間症状が改善しなかった患者2名の例を紹介。その患者に張教授が抗うつ薬治療を施すと寛解(病状が落ち着いて安定した状態)に至ったと報告。「私の診療実践の結論としては、



向精神薬の広告だらけの「抄録・プログラム」。



抗うつ薬を使います」と断言し、スクリーンには「抗うつ薬をwisely(賢明)に aggressively (積極的) に使う」という文言が大写しになった。

張教授の見解に対し、SSRI現象を指摘した「なせうつ病の人が増えたのか」(幻冬舎ルネッサンス刊)の著者で医師の富高辰一郎氏が反論する。

「SSRIの啓発活動で軽症うつ病患者を増やしても肝心の抗うつ薬の有効性が確かではありません。軽症うつへの処方是有効性が疑問視されており、先進国の多くは抗うつ薬治療を推奨していない。日本うつ病学会が7月にまとめた治療指針でも、軽症者への安易な抗うつ薬処方避けるよう明記しています。張教授の意見はうつ病学会の見解と矛盾している」

総会に先立つ7月27日に日本うつ病学会が発表した指針は、軽症のうつ病や、うつ状態にある患者への薬物療法は「慎重な判断が求められる」として、「安易に薬物療法を行うことは厳に慎まなければならぬ」と警鐘を鳴らす画期的なものだった。

その直後に、製薬会社が「全面バックアップ」する学会総会で抗うつ薬の処方をもめる発言をすれば、当然、スポンサーへのリップサービスではないのか」という疑問が生じる。張教授はどう考えるのか。

「英国は軽症うつ病の治療指針として、確かに、抗うつ薬よりも認知行動療法を推奨しています。しかし、ここで大

事な点は、認知行動療法の抗うつ効果が、抗うつ薬よりも有意に勝るといって明確なエビデンスはなく、両者の効果は同等程度だということです。

日本の臨床ではカウンセリングに十分な診察時間が取れないため、抗うつ

薬を治療の柱に据えるのが次善の策です。副作用・有害事象に注意しながら、必要なケースでは積極的に抗うつ薬を使うのが私の現在の考えです。ランチオンセミナーでの発言ゆえ誤解を与えてしまうかもしれませんが、以上の考

### 認知行動療法センター長・大野裕氏が製薬会社から受け取った金額一覧

支払日	贈与等又は報酬の支払いの基因となった事実	支払いをした事業者	内容	金額 (円)
H23.7.8	第4回多摩難治性うつ病研究会「難治性うつ病と認知行動療法」(6/24講演1時間、質疑応答15分)	ファイザー	講演料	222,222
H23.7.15	ジェイゾロフト発売5周年記念講演会「うつ病と認知行動療法」(7/2講演1.25時間、質疑応答30分)	ファイザー	講演料	222,222
H23.7.29	第13回いわて不安・抑うつ研究会「プライマリケアにおける認知行動療法(仮)」(7/1講演1時間)	Meiji Seikaファルマ/いわて不安・抑うつ研究会	講演料	111,111
H23.8.5	第8回日本うつ病学会ランチョンセミナー5「現代のうつ病を解剖する—うつ病治療のトータルマネジメント2011—」(7/2座長1時間)	グラクソ・スミスクライン/第8回日本うつ病学会	座長	111,111
H23.8.5	第40回日本女性心身医学会学術集会ランチョンセミナー1「更年期女性のうつに対する治療戦略」(7/23座長50分)	Meiji Seikaファルマ/第40回日本女性心身医学会学術集会	座長	111,111
H23.8.10	第11回日本外来精神医療学会ランチョンセミナー(7/17座長1時間)	ファイザー/第11回日本外来精神医療学会	座長	111,111
H23.10.31	宇和島医師会学術講演会「うつ病関連テーマ(仮)」(10/7講演・質疑応答1.25時間)	ファイザー/宇和島医師会	講演料	222,222
H23.11.19	レキサプロ新発売講演会「うつ病の認知療法」(11/19講演1時間)	持田製薬/田辺三菱製薬/吉富薬品	講演料	111,111
H23.11.30	第13回感情・行動・認知(ABC)研究会「認知行動療法の実践」(10/8講演30分)	Meiji Seikaファルマ/感情・行動・認知(ABC)研究会	講演料	111,111
H23.11.30	南大阪精神科研修医セミナー「うつ病の認知行動療法」(11/11講演45分)	アステラス製薬	講演料	166,666
H23.11.30	第12回精神科リハ・東京フロンティア「デイケアの現状と今後CBTの役割」(仮)(11/30講演1時間)	吉富薬品	講演料	111,111
H23.12.28	第7回山陰難治性精神神経疾患治療研究会「認知行動療法の実践と考え方」(12/10講演1時間)	ヤンセンファーマ/山陰難治性精神神経疾患治療研究会	講演料	111,111
H24.1.10	第35回日本自殺予防学会総会 ランチョンセミナー(12/16座長1時間)	ファイザー/第35回日本自殺予防学会総会	座長	111,111
H24.3.4	精神医学アドバンスフォーラム「気分障害・うつ病」(3/4講演40分)	エーザイ	講演料	111,111
H24.3.9	京都認知行動療法フォーラム2012「うつ病の認知療法マニュアルと今後の展望」(2/25講演1時間)	アステラス製薬	講演料	111,111
<b>合計</b>				<b>2,055,553円</b>

(2011年度 贈与等報告書より)

えは製薬メーカーの入れ知恵でなく、私の勉強と臨床経験に基づきます」  
また、このランチョンセミナーを共催した製薬会社はすでにSSRIの販売を止めていることも付け加えた。だから問題なし、と言いたいのだろう。  
しかし、そもそも総会自体が製薬会社の多大な寄付・協賛によって成り立っている。そこで薬物療法を推奨する講演を行えば、たとえそれが信念や根拠に基づく発言だったとしても、信頼性に疑義を抱かれるおそれがあり、そもそも総会のあり方自体が問題をはらんでいる。

日本うつ病学会の神庭理事長はこう回答するに留まった。

「学会の運営資金は会員の会費、参加費及び学会活動への理解と支援を下さる個人及び団体からの寄付金等であり、いずれも適切な手続きを経ていきます。なお、年次総会の寄付金の金額を学会として外部に開示することはしていません」

富高医師は精神科医に衿を正すことを求める。

「昔の学会は一流ホテルではなく、大学の講堂や市民ホールなどで開き、昼食も各々が自腹で食べていました。利益相反に対する見方は世界中で厳しくなっています。日本の精神科医も製薬会社との間になんらかの境界線を引く必要があると思います」

カネにまみれた学会には患者の信頼を得ることはできない。



# うつ病で 病院に行くことで 殺される!?

医療の暗部を抉る衝撃連載

## 第4回

### 小学1年生にも向精神薬—— 教師たちが受診を勧めている



子供への向精神薬の処方が増えている。落ち着きのない子供は「病氣」だとされ、薬を服用させられる。本来、教育現場や家庭など社会で解決すべき問題が、医療の問題にすり替えられている。

兵庫県の小学校に通う1年生の飯田亮介君(仮名)はイライラしがちで他の子供とうまく交流できなかった。楽しくゲームをしていても負けると激昂し、相手に殴りかかる。授業中も立ち上がって教室をうろつく。問題児だった。

対処に困った担任の教師は亮介君の親に大学付属病院の受診を勧めた。子供らしく診察室のイスに座ってクルクル回る亮介君を見て医師は「多動だね」とつぶやき、たった5分の診察で「ADHD」(注意欠陥・多動性障害)と診断した。

発達障害の一種とされるADHDは物事に集中できない、落ち着かない、

衝動的に行動するなどの特徴があるとされるが、原因や症状についての見解は専門家でも一致しない。

医師はその日から治療薬として「コンサータ」を処方した。服用を始めるのと亮介君から精気がなくなり目がとろんとした。母親は不安にかられたが、担任から「今日薬を飲みましたか」と毎日のように連絡が入るため、学校で他の子供とトラブルになることを恐れて、涙ながらに薬を飲ませ続けた。目に見えて息子は無気力になっていった。

ADHDの薬は「覚醒剤と同じ」

亮介君が2年生になった時、担任が

ADHDや統合失調症などに用いる向精神薬の多くは脳の中樞神経に作用する。発達段階の子供に向精神薬を投与することはあまりに危険だと林試の森クリニック(東京都目黒区)の石川憲彦院長が警鐘を鳴らす。

「子供の脳は完成された大人の脳とは違い、変化や成長を続けています。特に15歳くらいまでだと発達が阻害される恐れがある。ADHDの薬には集中力を増す作用があり、要は覚醒剤と同じ。使い続けると作用の蓄積による脳の変化が心配されるし、脳が発達している最中に使うため脳内に特異なバランスができていきなり、薬を減らす時に悪影響を及ぼすこともありえます。また依存作用があるので思春期まで使い続けると断薬できなくなる可能性もあります」

それほどのリスクがありながら、学校の勧めで病院へ行き、そこで向精神薬を処方されるケースが後を絶たない。文部科学省の平成22年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」によれば、全国の小中学校の不登校児童生徒約12万人のうち、小学校2591名、中学校7051名の計9642名が学校外の病院や診療所で「相談・指導」を受けた。



「いい薬がある」とメモを取る教師たち

ADHDを例にしよう。現在、小児

った。問題解決のため、学校が児童生徒に受診を勧めたケースと考えられる。この「相談」や「指導」には向精神薬の処方もかなり含まれていると考えられる。文部科学省に問い合わせたが期限までに回答はなかった。

期におけるADHDに適應する向精神薬は日本に2種類しかない。うち「ストラテラ」は日本イーライリリー、「コンサータ」はヤンセンファーマが発売元である。

「ADHDの子どもでは、前頭前野を含む脳の働きにかたよりがあると考えられています」と指摘した上で、治療には「教育・療育的支援」と「お薬による治療」があると紹介。薬物治療により、「ノルアドレナリンやドパミンといった脳内の神経伝達物質の不足を改善し、ADHDの特徴である不注意・多動性・衝動性といった症状を改善します」と書いてある。

だが、この記述には大きな問題がある。石川院長はADHDと脳内物質の関係はあくまで「仮説」であり、さらに子供への処方については科学的な考察が全くなされていないと指摘する。「製薬会社の治験は成人にしか行なっておらず、未発達な子供の脳への影響はまったく未

すが、母親の話を聞いて血相を変えた。学校にかけあって投薬をやめさせ、クラス運営に配慮すると亮介君は落ち着きを取り戻していった。その担任教師が振り返る。「以前から精神医療や向精神薬に関心があり、子供への処方の恐ろしさは知っていました。『なんでやめさすんや』という教師もいたけれど、亮介君がそのまま薬を飲み続けていたらと思うとぞっとします」

茨城県在住の伊藤美奈子さん(仮名)は中学3年生の時、いじめにあい不登校気味に。次第に不眠や頭痛がひどくなり、母親が学校に相談すると地元病院の児童・思春期外来を紹介された。

「最初は薬を長く飲めば治ると言われたので不信感はありませんでした。でも徐々に体が自由に動かなくなりました(伊藤さん) 一時はほぼ寝たきり状態になったが、ネットで知った向精神薬に頼らないクリニックに駆け込み、1年かけて断薬すると体調が回復した。

「そのクリニックのお医者さんには『最初の診断は誤診だ』と言われました。本当につらい経験でした(伊藤さん) 一方、ヤンセンファーマが作成したパンフレットはADHD対策には「家庭や医療機関と教育機関との連携が不可欠」とし、「ときには学校関係者が保護者に、AD/H/Dに関する資料やウェブサイトを紹介したり、医療機関での治療法を助言することも大切です」と教師の助言を勧める。 啓発活動はADHDに限らない。日本イーライリリーは国立大学やNPO法人などと共同で「こころの病気を学ぶ授業」と称した統合失調症とうつ病の授業プログラムを開発。学校側が生徒に統合失調症やうつ病について啓発を行なう場合のサポート体制を整え、08年2月・11年11月末までに2168か所に教材を提供した(同社の「学校での精神疾患理解のために 支援活動報告書2011」より)。

[PROFILE] 国内外の医療現場を精力的に取材。03年よりフジテレビ『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 本当の話 子どもを守る編(宝島社刊)」「オトコの病氣 新常識」「オンナの病氣 新常識」(ともに講談社刊)。



いた子供が薬を飲むと大人しく座っている様子が映されていた。薬の名前「リタリン」も紹介されて、薬を飲むと脳が覚醒してはつきりする」といった趣旨の説明がありました」

リタリンは依存や乱用が問題となり、現在ADHDは適応症から外されている。ビデオ上映後、指導者は「ビデオではリタリンでしたが今はコンサータです」と口にした。

このビデオを教師に見せた意図は何か。講座を担当した兵庫教育大学大学院の宇野宏幸教授に質したところ、「ビデオは、コンサータ（注：ビデオの中ではリタリン）という治療薬がある」と、服薬している場合でもそれで大人しくなったから良しとせず、その時に本人が何を学ぶのか、また周囲の者が何を教えていくのが大切、という内容でした」と、ビデオの趣旨を説明した上で、ADHDの薬物療法についてこう見解を述べた。

「コンサータは、ADHDと診断された子供の3分の2に効果（不注意の改善、多動の減少）があるとされています。一方で、少ないながら食欲不振、睡眠障害などの副作用も指摘されていますし、成長段階の子供が服薬することとは好ましいことではありません」

だが、実際に講座を受講した教師は「約200人の参加者の中には普通学級の先生も大勢いた。自分のクラスに

いた子供が薬を飲むと大人しく座っている様子が映されていた。薬の名前「リタリン」も紹介されて、薬を飲むと脳が覚醒してはつきりする」といった趣旨の説明がありました」

ADHDの児童がいる先生が勉強に來ており、皆さん「いい薬があるんだな」と一生懸命メモを取っていました」（小倉さん）

### 同級生の親が 受診を勧めてくる

「教育」は保護者にも及ぶ。ヤンセンファーマがADHDの症状を持つ子供の母親向けに作成した「AD/HDのお母さんの疑問に答えます」というQ&A形式のパンフレットでは、子供への薬の処方方を不安がる母親に対して「お薬を飲むことは最後の手段ではなく、早い段階で心理社会的療法と併用していただきたい有効な治療法なので」と早期の服用を勧めている。薬のコーシヤルのような表現だ。

だが、石川院長は児童への処方法は「最



2007年、都内でリタリンを違法処方していた医師が逮捕され、乱用が問題となった。

後の最後」だと言う。

「副作用や脳への影響が分からない以上、処方方は慎重であるべき。処方しなくては生活や人生が崩壊してしまいうな、やむを得ない場合にのみ短期で使用すべきです」

製薬会社はインターネットサイトの運営も行なっている。「ADHD」で検索すると上位にランクされる「ADHD.com」は日本イーライリリー、「AD/HDNavi」はヤンセンファーマが運営している。

複数の経路から情報を入手した親が、教師から勧められる以前に病院に子供を連れて行くケースも増えている。石川院長は情報化社会が生んだ新たな問題を指摘する。

「情報を得た同級生の親が『あなたのお子さんは悪くない。それはADHDという病気だから、お医者さんに行けば治りますよ』と子供の症状に悩む母親に受診を勧めるケースが増えている。周囲の親からの『善意の圧力』によって、疑問を感じていても子供を通院させる親もいます」

医薬関係者以外の一般人に直接訴える医療用医薬品の広告をDTC（Direct to Consumer）広告と言う。日本では薬事法や行政指導で規制されているが、商品名を明示しないことで、前出の2つのHPは「広告」ではなく規制対象から外れている。だが、前述の通り、ADHDの薬は2つしかない

のだ。

『なぜうつ病の人が増えたのか』（幻冬舎ルネッサンス刊）著者の富高辰一郎医師が指摘する。

「処方薬のテレビコマーシャルを解禁しているアメリカとニュージーランドは人口比でうつ病患者がダントツに多い。啓発活動が患者を増やしていると言っている」

商品名さえ出さなければ、事実上自由に出る日本は、より厳しい規制が必要ではないか。

薬の登場で教育現場は様変わりしたと兵庫県の小学校で30年以上の勤務経験を持つベテラン養護教諭が言う。

「昔は子供への薬物投与はありえなかったが、ここ7～8年で激増した印象です。しかし、子供は昔と変わっておらず、むしろ変わったのは大人のほうです。昔の教師は子供に寄り添って問題を解決しようとしたが、今は薬を服用してもらったほうが楽だから安易に受診を勧めます。病院も最近は経営を考えると薬を簡単に処方するようになりました。近所の寛容さがなくなり、親も面倒を見きれなくなったため、子供をすぐ病院に連れていく。こうした事情が重なり、必要のない子供にまで向精神薬が処方されていることを強く危惧しています」

子供を取り巻く大人たちの変化に製薬会社のマーケティングが重なり、子供たちが犠牲になっている。

\* 医薬品については、次の3要件を満たした場合に「広告」と判断される。(1)顧客を誘引する意図が明確であること、(2)特定医薬品等の商品名が明らかにされていること、(3)一般人が認知できる状態であること(平成10年9月29日 医薬監第148号 都道府県衛生主管部(局)長あて 厚生省医薬安全局監視指導課長通知)。

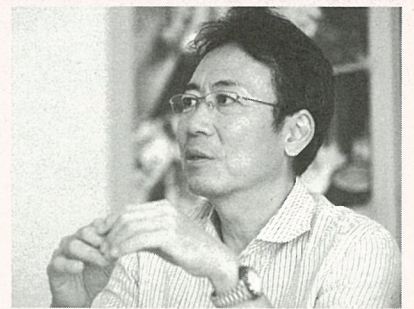


# うつ病で 病院に行く と殺される!?

響反大  
第2部

医療ジャーナリスト  
伊藤隼也  
と本誌取材班  
ITO Shunya

医療の暗部を抉る衝撃連載



本連載では、政府の自殺対策、医師の杜撰な診断基準、製薬会社のマーケティングなど、精神医療の抱える問題点をひとつひとつ追及してきた。最終回となる第5回は、問題だらけの精神医療の終着点とも言うべき、精神病院への入院を取り上げる。

第5回(最終回)

「死なない病気」で

年間1万8000人超が死亡退院

元看護師の仁科信子さん(仮名) はかつて勤務した川崎市内の精神病院で数々のおぞましい光景を目撃した。

ある時、入院中の70代男性が錯乱し「兵隊が来る。怖い」と怯え始めた。担当医は仁科さんに患者の全身拘束を命じたが、太いベルトのような拘束帯で胴体をベッドに縛り付け、両手両足を柵に固定する全身拘束は患者の負担が大き

く、人権侵害にもつながる。患者は怯えただけなので仁科さんが拒んでいると、別の病棟から看護師が駆けつけて拘束

束した。仁科さんは散々文句を言われた。

またある時は、母親との面会中に手渡されたガムを噛んでいた20代の男性入院患者に看護師が殴る蹴るの暴行を加えた。仁科さんが抗議すると、「患者の安全管理に必要だ。あなたもいい加減慣れたらどうだ」と言われた。

「精神病院は以前に勤務した小児科や皮膚科とまったく違っていました。看護師は究極のサービス業なのに、その病院では患者を「支配」や「制御」するという考えしがあり

ませんでした(仁科さん)

病気を治すよりも長期入院のほうに儲かる

精神病院の実態はベールに包まれている。厚生労働省の「精神保健福祉資料調査」によると、平成21年6月30日時点で全国1636の精神科病院に約31万人が入院している。総じて入院期間は長く、1年以上が約20万人、10年以上も約7万5000人いる。

入院形態は患者の意志に基づく「任意入院」の他、自傷他害の怖れがある場合に指定

医2名以上の診察などを経て行なわれる「措置入院」、患者本人の同意がなくとも指定医の診察と保護者の同意を経て行なわれる「医療保護入院」などがある。平成21年6月30日時点で措置入院者約1700人、医療保護入院約13万人、任意入院約18万人が入院形態の内訳だ。

その敷居は決して高くない。本連載で紹介してきた通り、軽い不眠や気分の落ち込みでクリニックなどを受診し、「うつ病」などの診断で向精神薬を大量に処方されて医原性の

精神病を患い、薬の処方と共に病状が悪化する薬害事例は数多い。そうした患者が医師に勧められ、最終的に行き着くのが精神病院なのだ。

「本人に入院するつもりがなくとも、医師が抑うつ状態の患者から『もう死にたい』といった「キーワード」を引き出し、強引に入院させるケースもありました(仁科さん)



## 1か月の死亡退院は1500人超

環境が劣悪な施設も多い。首都圏の精神病院に勤務経験のある臨床心理士の小谷宏美さん（仮名）が言う。

「私の勤務した閉鎖病棟は建物が古く、10畳ほどの畳部屋に5人の患者が詰め込まれていました。患者が少しでも暴れると、ガラス張りの『保護室』に入れられますが、そこは室内にあるトイレに仕切りがない上、監視カメラで24時間監視されていました」

400床を超える大病院で、経営は非常にビジネスライクだった。

「院長らはいかに収益を上げるかばかり考え、病気を完治させるより患者を長く入院させてお金を稼いだりした。入院歴20年以上の患者は生活技術や身寄りもないので他に行き場がなく、ほとんどが生活保護受給者でした。」

病院は系列のグループホームを作って高齢化した患者を移し、本院にデイケアで通わせる。私は経営側から直接、「デイケアはドル箱だからとにかく人数を集める」と指示されました。さらに保険点数を稼ぐため、必要のない検査を定期的に行なっていました（小谷さん）

「精神科の薬は便秘をもたらすので、通常、下剤を同時に処方します。この患者は我慢して下剤を飲まず、結果的に体内に毒が回って死亡しました。」

あまり便を溜め込むと口から吐きます。このケースでも死後に同部屋の患者が口から吐便していたと証言すると、それを聞いた看護師は「そりゃや3日前にも吐いていたな」と言いました。申し送りの記録になかったため、私が怒って抗議すると、看護師は死亡経緯報告書を見て「家族も、他に行き場もないからここで死んで良かった」と言っているからいいじゃないか」と悪びれずに言いました（仁科さん）

こうした杜撰な処置は特別ではない。精神病院における死亡事件は続出している。

共同通信社



拘束帯で患者が吊りとなり死亡した貝塚中央病院。

05年10月、国立精神・神経センター国府台病院に入院中の38歳男性が看護師から口腔ケアを受けた際、誤って水を飲んで死亡した件で千葉地裁は後に看護師らの観察義務違反を認め、計2350万円の支払いを命じた。また07年11月、武蔵野病院（群馬県）で看護師が言うことを聞かない

入院患者の頭部を蹴って死亡させ、傷害致死罪で逮捕された。08年1月には、貝塚中央病院（大阪府）でベッドに拘束された入院患者がずり落ちて拘束帯で宙吊りになり、腹部圧迫が原因で死亡した。前出の調査によれば、平成21年6月の1か月に死亡退院した患者は1549人。単純

計算で毎年1万8000人以上が精神病院で死んでいることになる。いったん入院したら、高い確率で死が近くなるのが精神病院なのだ。本来、死にいたる病ではない精神病でなぜ死亡者が続出するのか。例に出したような杜撰な処置が不要な死を招いているのではないか。

前出の調査には、死亡退院者の詳細が記載されていない。年齢、死亡原因などの内訳は、精神病院のあり方を検証する上で必要不可欠だ。なぜデータ集計がされていないのか。その理由を厚生労働省に質した。

「精神病棟の死亡退院患者についての年齢、性別、死亡原因のデータは人口動態調査等で把握できるので精神保健福祉資料で調査・集計していない。今後調査の予定はない」（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害届保課）

データはあるのに今後も集計しないと断言している。毎月1500人以上が死亡退院していることに問題意識は全く持っていない。

小谷さんは精神科医こそが患者の健康を損なっている

指摘する。

「熱意のある医師もいますが、それは一部で、多くは他科で通用しないばかり。人付き合いが下手で患者やスタッフを見下す人が多い。外来の医師は患者の名前を覚えず、バラバラとカルテを見て前回と同じ適当な処方です。脳波計と心電図の違いがわからない医師もいました。それでもヒエラルキーが強固なので心理士や看護師は治療に口出しできません。」

精神科医は「葉信仰」が強く患者を薬漬けにしたがりますが、長年入院している患者は薬を飲み続けているのに治っていません。むしろ長期にわたる服用が体に深刻なダメージを与えていることが危惧されます。

## 現行制度の中でも薬物めきの治療はできる

精神医療界の根強い葉信仰は多くの悲劇を招くが、変革の兆しも見られる。

今年9月14日に都内で開かれた日本自殺予防学会のシンポジウム「うつ病と自殺の関

係再考」で帝京大学医学部附属溝口病院精神科の張賢徳教授が登壇した。張教授は

今年7月の日本うつ病学会総会におけるランチョンセミナーで「副作用に注意しながら積極的に抗うつ薬を使う」とを推奨した人物だ。本連載第3回で製薬会社が協賛するセミナーで抗うつ薬の使用を勧める姿勢に疑問を呈した。シンポジウムでは波乱があった。

日本の精神医療が薬物療法偏重であることに批判的で、まずは規則正しい生活をするよう指導することが必要だと説く、獨協医科大学越谷病院こころの診療科の井原裕教授が以下のような趣旨の発言をした。

「プライマリケア医、特に内科の先生などは生活習慣病のエキスパート。生活習慣病は薬さえ出せばいいという病気でなく、生活習慣全般の指導が必要。この豊富な経験をつつ、不安、不眠にも応用していただく。今こそ発想の転換が必要だ」

精神疾患を抱える患者が増える中、もはや精神科医だけでは現状を打開できないとの危機感の表われだった。これに張教授が疑問を呈した。「生活指導で身体科の先生がはたしてそれをしっかりとやっ

ているのか。血圧の薬を出して終わり、糖尿の薬を出して終わり、夜眠れないと言ったらデパスを出して終わりというのが現状ではないか」

すると井原教授は語気を強めて真っ向から反論した。「それを言ったら、精神科医も同じですよ。精神科医はそれを批判できますか！ とて無理ですよ。精神科医だって抗うつ薬を出して終わりじゃないですか」

一旦、やり取りはここで終わるが、井原教授はシンポジウムの最後に、あらためて張教授に向かって薬物療法偏重の精神医療について苦言を述べた。

「先生、軽症うつや適応障害や気分変調症を精神科医は積極的に診るべきだと思います。（中略）ただ、それが絨毯爆撃的に抗うつ薬をばらまくというのには大反対。私の外来では精神科の薬をまったく使わない。薬を使わないのは4割5分。薬を使わなくなってきたことはある」

自殺予防のオピニオンリーダーに公の場で異論がぶつけられた意義はきわめて大きい。日本の精神医療界は今、大きな分岐点に差し掛かっている。

## 映画「今日、恋をはじめます」小学館連合試写会に合計1,600組3,200名様をご招待!

[応募方法] 郵便ハガキに、①希望の試写会場 ②郵便番号・住所 ③氏名 ④年齢・性別 ⑤職業（学生の方は学年） ⑥電話番号を明記の上、以下の宛先までご応募ください。[宛先] 〒101-8001 東京都千代田区一ツ橋2-3-1 小学館 マーケティング局 宣伝グループ 映画「今日、恋をはじめます」試写会 SAPIO係 [締切] 11月10日（土）消印有効 [発表] 厳正なる抽選の上、当選者を決定し試写状の発送をもって、発表に代えさせていただきます。[発送] 当選者には11月中旬に試写状をお届け致します。

東京	11月25日（日）	13:30開場 / 14:00開映	東商ホール
大阪	12月 1日（土）	13:30開場 / 14:00開映	御堂会館
名古屋	11月25日（日）	13:30開場 / 14:00開映	東別院ホール
福岡	12月 2日（日）	13:30開場 / 14:00開映	都久志会館
札幌	12月 1日（土）	13:30開場 / 14:00開映	道新ホール

※開映時間は、会場の都合により変更になる場合があります。※抽選には応募いただいたハガキは必ずお送りください。※お申し込みの受付は、必ず当選者のお名前を記載してください。

12.8 roadshow kyokoi-movie.jp

今日、恋をはじめます

武井咲 松坂桃李

木村文乃 青柳翔 山崎賢人 新川優愛 高梨臨 / ドーキーズ 英皇 藤原祐子 高岡早紀 長谷川初範 麻生祐未 村上弘明

原作：水波風南「今日、恋をはじめます」(小学館Sho-Comi アラワコミックス刊) 監督：古澤健 ©2012映画「今日、恋をはじめます」製作委員会 ©水波風南/小学館

