

平成 23 年 7 月 1 日

厚生労働大臣

細川 律夫様

NPO法人 再チャレンジ東京

自殺防止国民運動本部・宇田川雄弘本部長

～ 自殺を防ぐための正しい取り組みを ～

要 望 書

謹 啓

1998 年以來、日本人の自殺者数は 3 万人を下ることがありません。自殺は単なる自死では片付けられません。家族・親族・友人・職場の同僚・その報道を目にした人々に多大な影響を与えます。とりわけ「助けることができなかつた」という無力感や喪失感や遺族や周囲の人々に想像以上の影響をもたらします。その人のその後の人生の価値観さえ奪い去ってしまうこともあります。

政府としても本主題に関しましては、「自殺対策基本法」に基づき本腰を据えて取り組んでおられることは承知しているところでありますが、自殺者の統計を見る限り実効性に乏しく、十分にその責務を果たしているとは言えない現状があります。これはひとえに自殺の原因・実態に対する適切でない分析・評価がなされ、正しい方向に対策が向けられていないことと思われまふ。

そこで、従来 of 自殺対策について、純粹に実効性という観点から適切な評価を行い、専門家の意見に従って長期間巨額の予算が投じられながら、全く成果を上げることのない分野を大胆に切り離し、実効性の高い取り組みの推進へと舵を切ることがを要望します。具体的には下記 2 点につき要望いたします。

1、適切な窓口で相談を！ 再チャレンジへの法制度の適用強化を！

ここ 20 年ほどの日本経済はかつてのような活況を呈する状況になく、不安定な将来に対する漠然とした不安、倒産や失業、というようなことを原因として自死・自殺に及ぶことは容易に理解に至ることができます。

1990 年代の後半から、こうした状況を打破しようと「再生」「やり直し」「再チャレンジ」が可能な法制度の整備に着手されました。ところが、これらの法制度が十分に活用されていないという事実が浮かび上がってきております。「NPO 法人 再チャレンジ東京（主に、

中小事業者の借金問題に対して法的アドバイスを与え、事業再生を促進することを目的として活動)」の調査によれば、

欧米に習って破産型から再生型に変わった日本の法律を、ほとんどの人が知らないで、「借りたお金は死んでも返す」という社長が多くいます。再生の法とは①サービサー法②民事再生法③特定調停法④任意整理⑤私的整理ガイドラインーなど、十を下りません

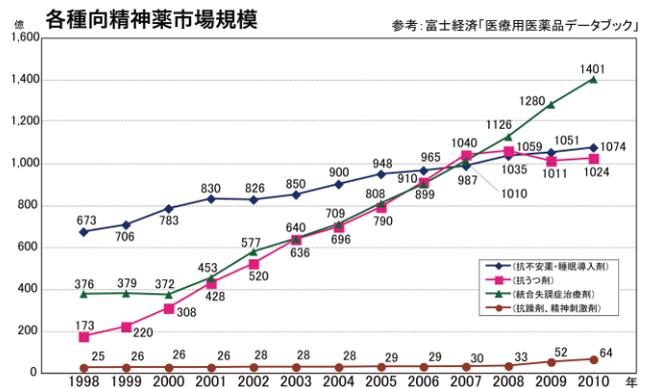
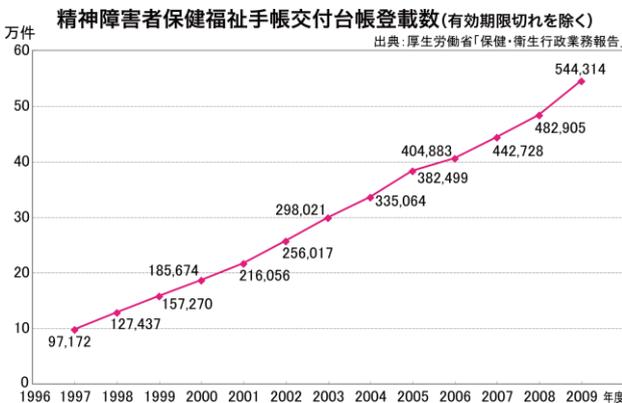
また、同会にはこれまで2000人以上の方からの借金・事業再生の相談を受け、中には「もう自殺するしかないんです」というような絶望感に押しつぶされた状況で最後の頼みとして来られる方も少なくない中で、その相談者の問題を正確な法的アドバイスで解決を試みた結果、同会に来た相談者で自殺に至った事例はこれまで1件もなかったということです。

国内の自殺者の分析でも、経済苦を理由とする自殺が依然として高い割合を占めており、特に中小企業経営者の自殺は深刻な問題となっています。そのような中、借金や事業再生のための法制度を事細かに適用することで、悩みが解決し、将来に対する希望が得られるならば、こうした制度が広く知られ、適用されることで、自殺者を大幅に減らすことが十分に可能です。しかし、実際は弁護士に相談をしても、「破産」「清算」が殆どで、退路を断られた形で自殺に至っているケースは少なくありません。同会に来る相談者の多くが口を揃えて言っている言葉です。「そんな制度があるなんて誰も教えてくれなかった…」と。

国としても既にある法制度の適用を積極的に普及宣伝し、実効を得るまで徹底的にサポートしていく体制を整えることを要望いたします。

2、精神医療・精神保健分野依存体質からの脱却を！

国や各地方自治体も自殺対策として精神保健分野に対する取り組みを強化しています。これは自殺対策基本法に基づく措置であります。その方向性は一貫して「精神科への早期受診促進・精神医学的措置の早期介入」となっています。さて、その実効性はどれほどのものだったのでしょうか？



上のグラフを見ると、精神科受診の促進、とりわけ自殺対策の基本とされたうつ病の早期受診・早期治療は大成功を収めています。患者数も薬も売り上げも激増しており、多くの人々が新規に精神科治療を受けたことがわかります。しかし、うつ病治療促進を自殺対策の基本とした根拠は、自殺既遂者の大半がうつ病等の精神疾患を患いながら治療をされ

ていなかったという精神科医の「意見」でした。

しかし、その意見が正しいと仮定すると、精神科受診率増加に従い、自殺者は減少するはずですが、また、自殺既遂者の大半は精神科未受診患者であるはずですが、最近の調査研究によってそれはことごとく否定されています。厚生労働省による自殺者の分析調査においても、精神科の治療中に自殺を遂げたケースが半数近くあり、特に若い世代にその割合が多いことが判明しており、医師から処方された向精神薬を大量に服用して亡くなる事例が目立つことがわかっています。ちなみに、厚労省の調査はn=300でしたが、n=1016のデータ（全国自死遺族連絡会調査）によれば、自殺者の7割が精神科に受診していたとの調査もあります。これらの調査は、精神科受診促進が自殺の減少に寄与するどころか、逆に自殺を促している可能性についても示唆しています。

つまり、精神科受診を促進することがはたして自殺の減少につながるのかを再考する必要があるということです。現在でも、国を中心として精神科受診促進事業である「睡眠キャンペーン」が実施されています。これは2006年から静岡県富士市が、翌年から静岡県でパイロットプログラムとして実施されてきたものを2010年3月から国が導入したのですが、本家である富士市では、精神科受診につながった人々が急増しているにもかかわらず、自殺者数は特に変わっていません（2005年：71人→2009年：70人（人口動態統計より※富士市と富士川町の市町村合併の数値調整済）

このようなキャンペーンにCM費用などの巨額な予算が投じられていますが、実効性という観点から、早急な見直しを求めます。

なぜ精神科の受診促進がなされながら自殺者が減らないのか、なぜ精神科で治療を受けた人々が悪化して（※少なくとも、治療を開始した時点よりも悪化したという事実が、自殺という結果に示されています）その結果自殺しているのかという疑問について、以下が考察されます。

①精神科の治療（特に薬物治療）が自殺を促進する危険性

精神科では治療として「向精神薬」とりわけ「抗うつ剤」「非定型抗精神病薬」の処方がなされます。しかし、この「向精神薬」が自殺を助長している危険性が指摘されています。（全ての抗うつ剤には「副作用」として「自殺企図」が明記されており、厚生労働省もこの事実を認めています。）

ここで一例を挙げます。向精神薬の多くは米国に於いて日本より7~10年早く主力の向精神薬が承認され処方がなされています。2003年の時点でFDAは向精神薬と自殺との関連につき警告を発していました。しかし、米国に於いても使用の禁止、承認の取り消しなどの措置は講じられませんでした。しかし、その結果米国では2009年12月の段階で「抗うつ剤（SSRI）であるパキシル」の製造元であるグラクソスミスクライン社（GSK）は、同剤に自殺の危険性を高めることに関する製造物責任を裁判で問われ、約150件の自殺に関する訴訟の平均200万ドル（＝総額250億円相当）、約300件の自殺未遂が30万ドル（→総

額 80 億円相当) もの和解金の支払いに応じています。またパキシルが引き起こした依存症に関する 3200 件の訴訟では、GSK 側がそれぞれ 5 万ドル (→総額 140 億円相当) を支払うことに応じています。またこの巨大製薬企業 (GSK) は、独占禁止、虚偽行為、陰謀が疑われた裁判で約 4 億ドルの支払にも応じています。これは GSK 社だけの問題ではありません。向精神薬を製造している製薬企業全体に言えることです。日本国内でも向精神薬を発売しているイーライリリー社、ファイザー、アストラゼネカ、ヤンセンファーマ、メルクなども総じて同様の訴訟を抱えています。

一番の問題は、向精神薬にそのようなリスクがあることではなく、それが患者や家族に適切に知らされていないということです。

②精神医療現場で、患者を自殺に追い込むような不適切な治療が行われている

上記①以上に深刻な問題が日本の精神医療現場にあります。国際的な比較においても、医学的・薬理的観点においても、あり得ない危険な投薬がなされているのが日本の精神医療です。特に、以下が大きな問題点です。

多剤大量処方

同系列の向精神薬を何種類も大量に出すような多剤大量処方が慣習的になされていますが、このような投薬方法に効果があるという科学的・薬理学証明はありません。また、安全性を保障する根拠も一切ありません。さらには、副作用が発現しても、どの薬が原因であるのか正しく評価する妨げにもなります。このような投薬は精神医学会でも問題になっていますが、いまだ多くの精神科医がこの慣習から抜けられず、漫然と処方しているのが現状です。

ベンゾジアゼピン系抗不安薬、睡眠薬の乱処方

常用量でも依存を起こす危険性のあるのが乱処方され、多くの患者が処方薬依存や離脱症状に苦しんでいます。その危険性が既に知らされている欧米諸国と異なり、日本では安易に処方されることが多く、その処方量・件数は世界一です。

バルビツール酸系向精神薬の安易な処方

適用量と致死量が近く、しばしば死亡事故や自殺を引き起こしてきたことから、現在ではバルビツール酸系の向精神薬の処方とは勧められていません。しかし、抗不安薬の乱処方、多剤大量処方を繰り返された患者は、通常の睡眠薬ではもはや効き目がなくなり、ベグタミンやラボナといったバルビツール酸系の向精神薬が処方されることがしばしばあります。これは、大量服用による自殺既遂の危険性を一気に高めています。

以上を鑑み、下記の点に関して徹底した調査がなされることを要望いたします。

① 向精神薬の副作用に関する調査、公表、注意喚起、薬価集載取り消しを！

現行、薬の副作用に関しまして、患者から直接行政機関に報告する制度がございません。医師からの報告につきましても「義務」とはなっていません。独立行政法人医薬品医療機器総合機構に対しては、患者からの自発的・直接的な副作用報告が出来る制度のパイロットプログラムが実施されていますが、これも期間が限定されており、かつこのデータの公表、注意・警告喚起、薬価集載や承認の取り消し勧告、がなされる旨の制度とはなっておらず、単なるデータ収集だけに留まっています。危険な薬剤の排除に取り組むためにも、積極的なデータ公表を始めとする標題の通りの制度設計がなされることを要望します。

② 精神医学の自殺対策に対する有効性の実証を！

たとえ「専門家」「権威」「教授」であっても、そのことについて解決策を持っている人物であるとは限りません。このことは「原発（核物質）問題」で完全に露呈しました。誰もその客観的な安全基準の根拠、事故が発生した場合の対処法・解決策、について「無知であった」ということが事故が起きてはじめて分かったのです。精神医学も「心・精神」というものに対して同様のことが言えます。精神科医が本当に自殺予防をできるのか？ 精神医学に自殺予防の再現性と客観性を伴う理論と技術があるのか？ あるとすればそれはどこに書いてあるのか？ その実績はどうなのか？ 徹底した調査がなされていないまま、単に長期に渡り研究をしていた「専門家」「権威」「教授」というだけのことではないでしょうか？ 本当の専門家なら問題を解決する術を知りそれを実践しています。しかるに、精神医学領域の問題は拡大の一途をたどっています。とりわけ生命に直結するこの自殺対策について、精神医学に本当に有効性があるのか、ないのか、徹底した検証がされることを要望します。

③ 「診断」「疾病としての科学的要件」に対する調査を！

精神医療領域では「誤診」が問題になっています。実際のところ科学的に証明された「診断基準」というものが存在しません。これは DSM-IV（精神障害の診断統計マニュアル）を編纂した責任者である Dr. Allen Frances・デューク大学精神科教授も DSM に掲載されている病名には科学的根拠を欠いていることを認めています。かかる中で「病名」のみが独り歩きし、健康な人であっても一部の行動性や状態が該当するというだけで「患者」とされてしまうのは単なる「患者（顧客）作り」に過ぎないものです。これは大きな問題であると言わざるを得ません。早期介入を錦の御旗に掲げている割には、その御旗の根拠に正当性を欠いている事実につき、「精神科医による診断の実態」、「精神障害が疾病（障害）として成立するための科学的根拠」に関し、調査し、報告されんことを要望いたします。

④ 製薬会社と金銭的つながりのある委員の排除を！

研究費、講演料、お車代、執筆料、いかなる形であれ、公平性を担保するため薬の承認に関わる委員たる医師が製薬会社との間に金銭的・経済的関係を持つべきではありません。厚生労働省は適切な委員の任命責任を果たす必要があります。こうした医師と製薬会社との間の金銭的・経済的癒着を徹底して排除するためにも、委員たる医師の収支報告書等の全面的な公開をするとともに、金銭的・経済的関係があることが分かった場合には、即刻委員会からの除名をする仕組みを整え、実行することを要望します。