



学会雑誌のみならず地方会の発表にもCOI (Conflict of Interest=利益相反) を自己記載することが求められてきている。利益相反とは「特定の人や集団に対する個人の義務が、当人の自己利益と衝突することである」と定義されている。

何となく分ったような、分らないような定義であるが、具体的な事例を考えてみたい。A. Starkは「企業と医師の利益相反」とは、医学研究の場面ではその研究と関係ある企業からの便宜(贈与)を受けること、研究費の配分などに同僚審査が行われるなどであり、また医師の日常的な臨床活動の場面では、関

## 利益相反

情報広報部副部長

連企業からの便宜(広義の接待行為を受ける)、自分の医療機関へ患者を紹介することなども含まれるとしている。

これらは「当事者の利益が他方の不利益の行為になること」を指しており、受療者である患者が公平性に欠ける、不利益な対応を受ける危険性を指摘している。しかし従来から新薬の情報提供、医学講演のスポンサーなど医療関連企業と臨床医とは相互に協力関係の中にあったことを考えると、この問題が「一筋縄では行かない」気がする。

「喫煙が健康に影響を与えるか」といった調査研究がアメリカで行われ、この調査のスポンサーが「タバコ産業」であったということ

が問題になった。また日本でも「インフルエンザ治療薬と異常行動の関連性調査」が行われ、この研究資金提供がワクチン製造メーカーであったことが議論の対象となった。いずれも調査研究の結果に何らかのバイアスが加えられる危険性が懸念されたからである。

しかし、最も重要なことはこれらの医療関連企業と患者との間に立っている「臨床医の立ち位置」ではないだろうか。アメリカ医師会は「4つの医師像」を示している(紹介されている(郷間 巖, 京府医大誌120・411, 2011))。すなわち、一、自由に活動し競争する職業人としての医師、二、社会全体に対して責務を負う専門家としての医師、三、担当患者への責務を負う医師、四、患者と第三者との利害調整者としての医師である。

## 前川 勲

第一の設定は、自由経済下にあるアメリカの医療制度を反映した問題であり、とりあえず日本では問題とはならない。第二・第三の設定は「医のプロフェシヨナリズム」の問題である。今回は「利益相反」と深くかかわっている第四の問題を考えてみたい。

近年アメリカでは「MBM=Marketing-based Medicine」なる言葉が語られるほどに医療企業と医師の不適切な関係が問題視されてきている。宮田によれば(宮田靖史, 日誌99, 2011)、アメリカでは「これまで疾患概念として定義されていなかった変調を『新しい疾患』と定義し」ある薬剤の処方拡大にする(病気の売り歩き)といったことが

行われているが、日本でもこのような風潮が無いとはいえない。また「ガイドライン型医療」が一般的になってきている最近の医療情勢にあつて、「推薦処方」に薬剤メーカーからの働きかけが無視できないとの関係者の嘆きも聞かれる。

さて日本では、このような「利益相反」の本質的な問題が実は患者と医師の直接的な関係性の中に存在しているという中田の指摘(中田 力, 日本医事新報, 4520, 2010)は、深く考えてみる必要があるようだ。彼は、原則的に医療に「司法と行政」が過剰に関与すべきではなく、「司法の介入は、萎縮医療」を「マニュアル的規制といった行政の介入は、勤務医の立ち去り型サボタージュ」を生む要因であると指摘している。さらに「専門職集団(医師会)が最優先すべき活動は、集団に属する専門家(医師)の利益の保護である」という論点は、極めて独特である。先述したように医師と患者は、お互いの信頼に基づいて共同作業を行う当事者同士の関係にあり、相互の信頼感が円滑な診療を生み出している。診療の現場では、患者にとって「最小の負担で最大の結果を得る」ことが最大の「利益」である。しかし「出来高払い型診療報酬」では、これが医師にとって「経済的な不利益」になることに気付くべきである。医療の評価を現在の「物のやり取り=量的評価」ではなく、自己評価組織による「質的評価=専門医制度」を取り入れて機能させることが「医師と患者の間に横たわる利益相反」の本質的な解決策になる可能性があるという「中田氏」の指摘は、今後の医療制度改正の視点として重要ではないだろうか。