医療と商売のはざま

ー医師と製薬メーカーの利益相反と Disease mongeringー

北里大学名誉教授（医学部精神科）
宮岡　等

2024年6月13日

本発表に関係する利益相反はありません。

北里大学医学部精神科
宮岡　等

2024年6月13日

利益相反（Conflict of Interest）

いろいろな利益相反（COI）問題

研究

企業に有利な研究結果

臨床に関する情報

RCTやメタアナリシスの商業主義による歪曲

診療ガイドラインへの影響

オピニオンリーダーの発言

個々の医師の活動

謝金や礼

講演会と銘打った接待、ランチョンセミナー

筆記用具などの提供

利益相反とは

日本癌治療学会・日本臨床腫瘍学会（1997）
（産学連携によるがん臨床研究には），学術的・倫理的責任を果たすことによって得られる成果の社会への還元（公的利益）だけでなく，産学連携に伴い取得する金銭・地位・利権など（私的利益）が発生する場合がある．これら2つの利益が研究者個人の中に生じる状態を利益相反とよぶ」

「厚生労働科学研究における利益相反（Conflict of Interest）の管理に関する指針」
利益相反とは，具体的には，外部との経済的な利益関係等によって，公的研究で必要とされる公正かつ適正な判断が損なわれる，又は損なわれるのではないかと第三者から懸念が表明されかねない事態をいう」．

COIが系統的レビューの結論に影響する

金銭的利益相反の存在は薬剤の系統的レビューの結論に影響する

金銭的な利益相反(COI)とインフルエンザに対するノイラミニダーゼ阻害薬についての結論との関連:系統的レビューの解析

Financial conflicts of interest and conclusions about neuraminidase inhibitors for influenza: an analysis of systematic reviews

〈背景〉企業の資金援助および金銭的な利益相反(COI)は、科学的なエビデンスの統合および解釈においてバイアスを引き起こす可能性がある。

〈目的〉金銭的COIとノイラミニダーゼ阻害薬(NAI)に関する系統的レビューの特徴との関連を検討する。

〈研究デザイン〉後向き解析。

〈設定〉2005年1月～14年5月に公表され、インフルエンザの予防または治療におけるNAIの使用について検討したレビューで、系統的な検索手順を用いたものを対象とした。

〈評価項目〉レビューの著者に関するすべての情報を伏せたうえで、2人の研究者が独立に、NAIの使用に関するエビデンスの提示を「好ましい(favorable)」、または「好ましくない(not favorable)」と評価した。解析対象の引用文献レビュー、他の発表、およびインターネット検索を用いて金銭的COIを特定した。金銭的COI、NAI支持の評価、およびエビデンスの質に関する批判的吟味の有無との関連を解析した。

〈結果〉26本の系統的レビューが特定された。そのうち、13件が予防、24件が治療を検討しており、37件の個別評価が可能であった。金銭的COIを伴う評価においては、8件中7件(88%)が「好ましい」に分類されたのに対し、金銭的COIを伴わない評価では「好ましい」は29件中5件(17%)であった。金銭的COIのないレビューアーは金銭的COIのあるレビューアーに比べ、1次研究の質についての見解を多く含んでいる傾向にあった。

〈限界〉レビューで検討された集団およびアウトカムが不均一なため、エビデンスの選択的な包含がレビュー評価結果の不一致に与える影響についての解析は不可能であった。系統的レビューの多くで著者の重複性がみられた。

〈結論〉金銭的COIのあるレビューアーは、金銭的COIのないレビューアーに比べ、NAIについてのエビデンスを(NAIにとって)好ましい形で提示し、これらの薬剤の使用を勧める傾向が高いようである。

©2014 by the American College of Physicians.

表　ノイラミニダーゼ阻害薬の系統的レビューにおける1次臨床研究の妥当性と質に関する考慮

Table. Consideration of Validity and Quality of Primary Clinical Studies in Systematic Reviews of Neuraminidase Inhibitors

Variable	Reviews Without a Financial Conflict of Interest (n = 19)	Reviews With a Financial Conflict of Interest (n = 7)
Publication bias among clinical studies	15	1
Access to comprehensive study data	10	0
Industry support of clinical studies	8	0

私たちが受けてきた医療は、製薬会社と医師の関係性によって歪められてきたのではないか――。

医療への信頼回復のために製薬業界が始めた情報開示について、伊藤隼也氏と本誌取材班は14年11月号で製薬会社から謝礼をもらった医師の実名を公開し、製薬業界の自主ルールによる現行の開示制度では不十分で、医療不正が生まれる余地があることを指摘した。その後の2か月にわたるデータ解析の結果、製薬会社と医師のさらなる深い「利害関係」が浮かび上がってきた。

開示情報のビッグデータを解析して浮かび上がった医療の不透明な関係

製薬会社からバイト代をもらった医師が「診療基準」を作っていた

実録ジャーナリスト
伊藤隼也
ITO Shunya
と本誌取材班

前回記事（14年11月号）は、製薬会社から原稿料や講演料名目で金銭を受け取ったことのある医師名と金額を公にした。診療活動の傍らに行なう「バイト」で1000万円近く稼ぐ医師もいる現状について、謝礼を受け取った医師らが特定の薬を推奨し、製薬会社の「セールスマン」となってしまう可能性があるのではないかと指摘した。

折しも製薬会社と医学研究者の疑わしい関係が問題となった「ディオバン事件」が騒がれたあとだったため、本来我々が受けるべき正当な医療の姿が歪められてしまう危険性を示唆した記事は、読者に大きな反響を呼んだ。

しかし、医療とカネを巡る疑惑は尽きない。

前回記事では医薬品メーカーの業界団体である日本製薬工業協会（製薬協）が策定した「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」に基づき開示された、13年度の製薬会社から医師個人への支払い情報のうち「原稿執筆料・監修料」と「講師謝金」の項目を独自に調査したが、その際に触れなかった項目がまだあった。それが「コンサルティング等業務委託費」だ。

そもそも「コンサルティング」とは何を指すのか。製薬協のホームページではコンサルティング業務について、「企業が行なう新薬開発や、市販後の情報提供を計画する際に、専門的な見地からアドバイスを頂くこと」と説明している。

アドバイス料が年間1500万円超

「コンサルティング等業務委託費」の開示情報を精査すると、年間1000万円近く受け取っていた医師が多く見られた。中には一つの製薬会社から年間1500万円超となる支払いを受け取った医師も確認できた。これらの医師は製薬会社の薬の開発や使用に関する〝アドバイス料〟として、これだけの対価を得ていた。

もちろん、医師が製薬会社から仕事の正当な対価として金銭を得ること自体に問題はない。しかし今回の調査では、両者の関係性について疑問を抱かざるを得ない状況が浮き彫りになった。それは金銭を受け取った医師のリストに、臨床現場で医師が診断・治療の目安とする「診療ガイドライン」の作成者が多く含まれていたことだ。

診療ガイドラインは、診療における治療の基準と指針を示すものだ。これは基本的に各疾病ごとに作成されている。

糖尿病の「ガイドライン」を例にすると、まず、診断や判定の基準、血糖基準値などが示されている。さらに糖尿病が引き起こす合併症ごとに治療法や治療リスクなどが示されている。診療ガイドラインに基づいて、患者は症状によって推奨される治療や投薬を受ける。

ここで思い出すのは、健康診断で採用される「健康基準値」をめぐる騒動だ。

14年4月、日本人間ドック学会が発表した新しい基準範囲は、これまで血圧130以上が高血圧とされてきたものを、発表当初は147までを「正常」とするなど、既存の基準値に比べて大きく緩和されたものだった。

製薬会社が既存の基準を作った学会の医師たちに多額の寄付をしてきた状況から、製薬会社の薬を多く使わせるような基準値設定だったのではないかとの疑念が生じた。

今回の調査のケースも全く同じ構図である。ガイドラインを作成する医師が製薬会社と金銭のつながりを持つことは、診断や治療における「基準の公正さ」を歪めかねないのではないだろうか。

厚生労働省の「根拠に基づく医療普及推進事業」の一環で運営されている医療情報公開サイト「Mindsガイドラインセンター」（日本医療機能評価機構による委託運営）で公開されている診療ガイドラインなどから、高血圧をはじめ日本人に馴染み深い病気のガイドラインをピックアップ。そのガイドラインの作成に関わった医師に製薬会社から〝アドバイス料〟として支払われた額を調べた。その結果、5つの疾病のガイドライン作成委員の医師、のべ1644人のうち100人に合計約8000万円の支払いがあったことがわかった（110ページ表参照）。

注意を要するのは、今回のケースで製薬会社は診療ガイドライン作成に対する報酬を支払ったのではないことだ。ガイドライン作成者はあくまでも新薬開発などのアドバイスを行なう対価として、コンサルティング料をもらったという記録でしかない。

Mindsでは診療ガイドラインを「科学的根拠に基づき、系統的な手法により作成された推奨を含む」文書であり、「患者と医療者を支援する目的で作成され」、「臨床現場における意思決定の際に、判断材料の一つとして利用すること」ができる、と定義している。そのような「診療基準」を作成する立場にある医師の責任はきわめて重大である。

大騒動となったアメリカのケース

ガイドライン作成者と製薬会社の密接な関係が現場の医療を歪めるケースはすでに米国で数多く指摘されている。

例えば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）は世界中の医療現場で精神医療の指針として用いられる「ガイドライン」だ。マサチューセッツ大学のリサ・コスグロープ博士は06年、改訂版第4版（DSM-Ⅳ）作成に関わった医師170名のうち実に95名が「研究資金」「コンサルタント料」名目で製薬会社から金銭を受け取っていたと発表し、大騒動となった。

さらに「DSM-Ⅳ」の作成委員長だった精神科医のアレン・フランセス氏は自著『（正常）を救え』（講談社）において、13年に改訂された「DSM-Ⅴ」が製薬マネーの影響で診断基準を緩めた結果、過剰診断で患者が増え、薬の売り上げが増えたと告発した。

日本の医療界も同じ轍を踏む恐れはないのだろうか。

本誌は各疾病の診療ガイドラインの作成に関わりながら、製薬会社からコンサルティング料を受け取った記録のある医師に見解を求めた。

「（診療ガイドラインの）作成においては、特定の企業・薬剤を優先的に示すのではなく、臨床・研究の経験に基づき公正な立場で執筆しておりますので、企業活動に関わることに関しては問題ないと判断しています」（自治医科大学・苅尾七臣教授）

「企業から依頼された業務については、勤務先に申請し、許可が得られた場合に行なっています。また、ガイドラインの作成に関わっていることから、日本医学会の『医学研究のCOI（利益相反）マネージメントに関するガイドラ

＊1　製薬大手ノバルティスファーマ社の降圧剤「ディオバン」において市販後の臨床試験のデータに不正が発覚。試験を実施した5大学の主任研究者の研究室にはノ社から11億円以上の寄付金が提供され利益相反を疑われた。

＊2　利益相反を防ぎ、適正な臨床研究、臨床試験の推進を図るための倫理指針や申告規定を定めたもの。

【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！」にてコメンテーターを務める。近著に『認知症予防のための簡単レッスン20』（文春新書）、『ボケない「長寿脳」を作る！ 長野県・諏訪エクササイズ』（宝島社）など。

Kitasato University Department of Psychiatry

製薬会社からコンサルティング料を得ていた各疾病の「診療ガイドライン」作成委員リ

高血圧（高血圧治療ガイドライン 2014）

島本和明	札幌医科大学 学長	2社から	22万2741円
安東克之	慶応大学大学院医学系研究科 腎臓・内分泌内科分子腎臓代謝病学 特任准教授	1社から	11万1370円
石光俊彦	獨協医科大学 循環器・腎臓内科 主任教授	1社から	7万7959円
伊藤貞嘉	東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 腎・高血圧・内分泌学分野 教授	3社から	72万3909円
伊藤正明	三重大学大学院医学系研究科 循環器・腎臓内科学 教授	1社から	11万1370円
伊藤裕	慶應義塾大学医学部 内科学教室腎臓内分泌代謝内科 教授	5社から	67万9537円
桑田真一郎	琉球大学大学院医学研究科 臨床薬理学講座 教授	2社から	27万3123円
梅村敏	横浜市立大学大学院医学研究科 病態制御内科学 教授	1社から	5万5685円
大屋祐輔	琉球大学大学院医学研究科 循環器・腎臓・神経内科学 教授	2社から	22万2741円
柏原直樹	川崎医科大学 腎臓・高血圧内科学 主任教授	2社から	33万4112円
河盛隆造	自治医科大学 内科学講座循環器内科学部門 主任教授	4社から	174万8516円
小室一成	東京大学大学院医学系研究科循環器内科学 教授	5社から	124万9644円
齊藤郁夫	慶應義塾大学 名誉教授	1社から	44万5480円
斎藤能哉	札幌医科大学保健医療学部 基礎臨床医学講座 教授	1社から	7万円
島田和幸	新小山市民病院 病院長	4社から	55万6851円
下澤達雄	東京大学医学部附属病院 検査部 講師	3社から	31万1836円
鈴木洋通	埼玉医科大学 腎臓内科 教授	1社から	14万7000円
柴垣紀夫	埼玉医科大学国際医療センター 神経内科 教授・副院長	9社から	487万2278円
成瀬光栄	京都医療センター 臨床研究センター内分泌代謝高血圧研究部 部長	1社から	11万1370円
野田光一	佐賀大学医学部 循環器内科 教授	6社から	96万2536円
桧垣實男	愛媛大学大学院医学系研究科 臨床薬理・呼吸器・腎高血圧内科学 教授	1社から	27万8426円
長谷部直幸	旭川医科大学 内科学講座循環・呼吸・神経病態内科学分野 教授	1社から	16万7055円
藤田敏郎	東京大学先端科学技術研究センター 臨床エピジェネティクス講座 特任教授	3社から	134万964円
堀内正嗣	愛媛大学大学院医学系研究科 分子心血管生物・薬理学 教授	2社から	27万8426円
三浦克之	滋賀医科大学 社会医学講座公衆衛生学部門 教授	1社から	7万7959円
光山勝慶	熊本大学大学院生命科学研究部 医学系生体機能薬理学 教授	1社から	16万7056円
森下竜一	大阪大学大学院医学系研究科 臨床遺伝子治療学 教授	3社から	45万3835円
柳水宏実	大阪大学大学院医学系研究科 老年・腎臓内科学 教授	3社から	105万8021円

（本DL中で28人【実績責任者・ガイドライン事務局】）

脳卒中（脳卒中治療ガイドライン2009）

篠原幸人	立川病院 神経内科 顧問	1社から	11万1370円
鈴木則宏	慶應義塾大学医学部 神経内科 教授	4社から	45万699円
片山泰朗	日本医科大学 神経内科 教授	1社から	15万円
冨村栄男	慶應義塾大学医学部 リハビリテーション科 教授	1社から	122万5070円
折笠秀樹	富山大学大学院医学薬学研究部 バイオ統計学・臨床疫学部門 教授	2社から	61万2535円
小林祥泰	島根大学医学部附属病院 病院長	1社から	15万9102円
内山真一郎	東京女子医科大学 神経内科学 主任教授	3社から	126万7502円
峰松一夫	国立循環器病研究センター 副院長	3社から	22万9635円
阿部康二	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 脳神経内科学 教授	3社から	41万2069円
橋本洋一郎	熊本市立熊本市民病院 神経内科 主席部長部長	4社から	121万3934円
堀内紀夫	埼玉医科大学国際医療センター 神経内科 教授・副院長	9社から	487万2278円
村林雪郎	就実リハビリテーション病院 院長	2社から	72万3909円
松本昌泰	広島大学大学院医歯薬保健学研究院 脳神経内科学 教授	5社から	120万4583円
吉峰俊樹	大阪大学医学部附属病院 脳神経外科 教授	1社から	11万1370円
伊達勲	岡山大学医学部 脳神経外科 教授	1社から	11万1370円
生金清輝	北海道大学大学院医学研究科 脳神経外科学分野 教授	2社から	31万7056円
宮本享	京都大学大学院医学研究科 脳神経外科学 教授	3社から	27万4183円
永田泉	長崎大学 大学院医歯薬総合研究科 展開医療科学講座脳神経外科学 教授	4社から	78万4111円
桃本勲	東京医科歯科大学 血管内治療科 教授	1社から	10万円
斉藤延人	東京大学医学部附属病院脳神経外科 教授	1社から	10万円
坂井			21万7437円
上倉			108万5863円
同堂			
寺山			
虎萬			45万2387円
江西			10万1213円
長田			85万7550円
山田			44万5482円
矢坂正弘	九州医療センター脳血管・神経内科 科長	5社から	99万3845円

（54人中29人【実績担当者・レビューワーを除く】）

※コンサルティング料は「診療ガイドライン」作成に対する報酬ではない

糖尿病（科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン201

岡宮仲	埼玉医科大学 小児科 教授	
石田均	吉林大学医学部 第三内科学教室 教授	
石橋俊	自治医科大学 内科学講座内分泌代謝学部門 教授	
荊田輝也	京都大学大学院医学研究科 糖尿病・内分泌・栄養内科学 教授	
宇津貴	慈恵医科大学 内科学講座糖尿病・腎臓・神経内科 准教授	
大澤春彦	愛媛大学大学院医学系研究科 糖尿病内科学 教授	
小田原雅人	東京医科大学病院 糖尿病・代謝・内分泌内科 主任教授・副院長	
小池富男	順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター 糖尿病・内分泌内科 特任教授	
折笠秀樹	富山大学大学院医学薬学研究部 バイオ統計学・臨床疫学部門 教授	
加来浩平	川崎医科大学 総合内科学1 特任教授	
菅白晋人	国立国際医療研究センター 総長	
門脇孝	東京大学大学院医学系研究科医学部内科学第四 生体防御医療内科学講座代謝・栄養病態学 教授	
田方賀一	岡山大学病院 新医療研究開発センター 教授	
島野仁	筑波大学 医学医療系内分泌代謝・糖尿病内科 教授	
曽根博仁	新潟大学大学院医歯学総合研究科 血管・内分泌・代謝内科学分野 教授	
田嶋尚子	東京慈恵会医科大学 名誉教授	
難波光義	兵庫医科大学 内科学 糖尿病・内分泌・代謝科 主任教授	
羽田勝計	旭川医科大学 内科学講座病態代謝内科学分野 教授	
藤田征弘	旭川医科大学 内科学講座病態代謝内科学分野 学内講師	
前川聡	滋賀医科大学 内科学講座 糖尿病・腎臓・神経内科 教授	
山下英俊	山形大学大学院医学系研究科 腎科学講座 教授	
横野浩一	北播磨総合医療センター 病院長	

動脈硬化（動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012）

寺本民生	帝京大学 臨床研究センター センター長	
石橋俊	自治医科大学 内科学講座内分泌代謝学部門 教授	
熊田貴英	船橋市総合医療センター 主任部長兼内科部長	
江原宏士	江原宏士クリニック 院長	
岡村智教	慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学 教授	
荻田浩之	順天堂大学 循環器内科学 教授	
横手幸太郎	千葉大学大学院医学研究院 細胞治療内科学 教授	
山下静也	大阪大学大学院医学系研究科 総合地域医療学寄附講座 教授	

うつ病（日本うつ病学会治療ガイドライン）

大森哲郎	弘前大学大学院 ヘルスバイオサイエンス研究部精神医学分野 教授	
尾崎紀夫	名古屋大学医学部附属病院 精神科科長	
加藤忠史	理化学研究所脳科学総合研究センター 精神病態動態研究チーム シニアチームリーダー	
神庭重信	九州大学大学院医学研究院 精神機能医学分野 教授	
鳥木俊秀	九州大学大学院 人間環境学研究院臨床心理学講座 教授	
杉山徹宏	信州大学医学部 精神医学講座 講師	
寺尾岳	大分大学医学部 精神神経医学講座 教授	
中込和幸	国立精神・神経医療研究センター トランスレーショナル・メディカルセンター臨床研究支援部 部長	
樋口輝彦	国立精神・神経医療研究センター病院 理事長／総長	
宮岡等	北里大学医学部 精神神経科学 主任教授	
山田和男	東京女子医科大学医療センター 精神科 教授	
山脇成人	広島大学大学院医歯薬保健学研究院 精神神経医科学 教授	
渡邊衡一郎	吉村大学医学部 精神神経科学教室 教授	

リストの説明　日本製薬工業協会策定の「企業活動と医療機関等の関係の
に沿って、製薬会社が開示した情報に基づき作成。製薬会社が1年間（原
医師や医療機関に支払った「原稿執筆料等」項目の「コンサルティング料
から、支払いが確認できた「診療ガイドライン」の作成委員を掲載。対象
当人数は各表の下部に記す。調査対象製薬会社は10月15日時点で情報を開
社、または企業売上上位25位以内の会社。そのうち
となる。各医師の名称、所属先、役職の表記につい

支払い情報のあった製薬企業……アステラス製薬、アストラゼネカ、
エーザイ、MSD、大塚製薬、小野薬品工業、キッセイ薬品工業、
クソ・スミスクライン、サノフィ、塩野義製薬、第一三共、大正製
武田薬品工業、大日本住友製薬、田辺三菱製薬、中外製薬、日本イー
ーリンガーインゲルハイム、ノバルティスファーマ、バイエル薬品、
トル・マイヤーズ、持田製薬、ヤンセンファーマ

Tokyo Investigative Newsroom Tansa × MEGRI 医療ガバナンス研究所 Medical Governance Research Institute
https://db.tansajp.org/search/

図 19　NHK の健康情報番組に出演した主な精神科医と製薬会社との金銭関係

肩書き	氏名	専門	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	合計
日本自殺予防学会 理事長		うつ病 自殺予防学	1,952,886	3,557,179	1,735,991	2,950,430	2,942,907	13,139,393
国立精神・神経医療研究センター　部長		依存症、自殺予防	2,275,071	2,003,646	1,127,787	2,497,967	1,250,024	9,154,495
国立病院機構 久里浜医療センター院長		依存症	2,147,413	1,726,235	2,270,710	5,750,061	2,294,521	14,188,940
国立精神・神経医療研究センター部長		睡眠障害	579,124	1,085,559	754,771	1,297,562	1,038,254	4,755,270
東邦大学　教授		予防精神医学、社会精神医学	2,485,790	2,840,079	2,340,817	2,494,651	1,593,570	11,754,907
秋田大学大学院　教授		睡眠の治療や研究	3,578,375	3,011,891	2,168,686	4,657,068	5,947,603	19,363,623
理化学研究所 副センター長		精神科	2,319,418	2,676,234	2,490,655	2,279,078	8,865,381	18,630,766
吉林大学医学部　教授		うつ病	9,355,590	9,782,780	特になし	特になし	特になし	19,138,370
日本大学　教授		気分障害と睡眠障害	6,933,325	5,871,155	5,042,904	4,272,654	3,940,272	26,060,310
藤田医科大学　教授		分子精神医学、遺伝精神医学	8,397,405	10,080,883	14,969,262	14,580,386	12,211,308	60,239,244
国立精神・神経医療研究センター　部長		発達障害の診断・治療	2,478,420	4,099,009	3,804,142	3,063,015	1,114,481	14,559,067
認知行動療法研修開発センター　理事		精神神経科	1,744,085	1,631,354	1,379,839	1,801,189	2,452,983	9,009,450
昭和大学　教授		発達障害	6,929,733	4,748,478	3,188,071	2,204,334	1,439,907	18,510,523
秋田大学大学院 准教授		睡眠覚醒障害、ナルコレプシー	2,076,629	1,219,296	622,077	837,749	2,064,463	6,820,214
大阪回生病院　睡眠医療センター　部長		睡眠時無呼吸・過眠症・不眠症	4,680,663	5,016,426	4,583,880	5,036,444	5,652,220	24,969,633
東京慈恵会医科大学 教授		もの忘れ外来・精神科	8,199,103	8,724,108	6,074,903	3,267,273	3,198,229	29,463,616
東京都健康長寿医療センター　研究部長		老年精神医学	1,481,221	1,497,189	1,537,318	1,247,701	479,961	6,243,390
慶應義塾大学　教授		神経心理学、老年精神医学	8,127,064	7,132,381	特に無し	特に無し	特に無し	15,259,445
大分大学　教授		双極性障害	4,435,909	5,099,678	3,372,450	4,238,781	4,337,727	21,484,545
札幌医科大学　教授		自殺予防	2,287,569	2,116,153	1,107,689	2,038,195	964,919	8,514,525
東京医科大学　教授		睡眠学	3,653,058	4,723,527	4,595,975	3,232,066	3,406,505	19,611,131

参考：製薬マネーデータベース「YEN FOR DOCS」
※ 2016 年度～ 2019 年度データは医療ガバナンス研究所と Tansa の共同研究、2020 年度は医療ガバナンス研究所による（単位：円）

製薬マネーデータベース

EN FOR DOCS

製薬マネーデータベース『YEN FOR DOCS』

このデータベースでは、製薬会社から医師個人や大学や病院などの研究施設に支払われた金額を調べることができます。個別に公開されている膨大なデータを整理・集計することで、製薬業界から医療業界への資金提供の全体像を透明化しました。

マネーデータを調べる

検索内容	◉ 受け取りを調べる（医師・大学名で検索） ○ 支払いを調べる（製薬会社名で検索）
キーワード	宮岡等
年度	☑ 2021年 ☑ 2020年 ☑ 2019年 ☑ 2018年 ☑ 2017年 ☑ 2016年
項目名	☑ A項目（研究開発費等） ☑ B項目（学術研究助成費） ☑ C項目（原稿執筆料等）

検索する

2021年「宮岡等」の受け取り検索結果

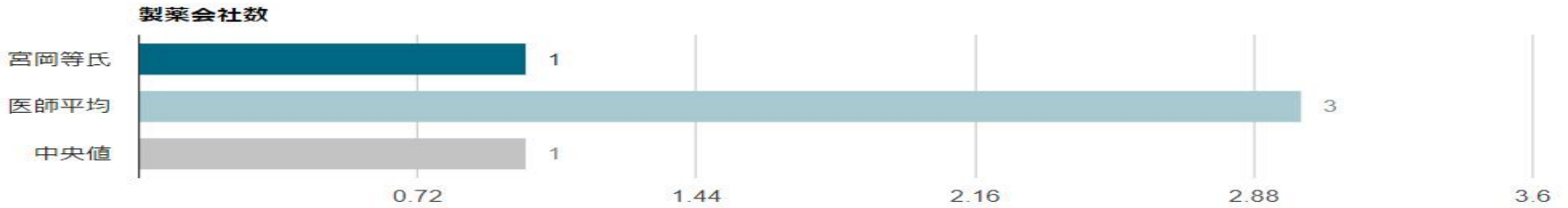
トップページ > 検索結果

宮岡等

金額サマリー

※医師平均・中央値はC項目の1年毎の支払いを元に算出しています

製薬会社	1社 平均3社 中央値1社	件数	2件 平均4.6件 中央値2件	金額	226,864円 平均351,537円 中央値89,875円



製薬会社からの利益供与を受けた割合（%）

	宮田	斉藤ら
MRとの面会	–	98
薬の試供品	–	85
文具	99	96
職場内での薬の説明会に参加	–	80
説明会で出された弁当	89	–
職場外での食事	37	49
製薬会社スポンサーの職場外での勉強会への参加	–	93
勉強会への参加費の補助	41–85	49
講演料	8	–

Saito S, Mukohara K, Bito S. Japanese practicing physicians' relationships with pharmaceutical representatives: a national survey

奨学寄付金

□国公私立大学などの教育機関が研究や教育の経費を企業や個人などから受け入れる。

□幅広い用途に使用が可能。

■製薬メーカーが医薬品マーケティングの一部として行っていると考えられる場合も多い。

図 20　製薬会社から大学への奨学寄附金（単位：円）

		2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	合計
〈国立〉						
北海道大学	精神医学教室	8,500,000	7,400,000	6,050,000	7,300,000	31,350,000
	児童思春期精神医学分野	300,000	300,000			
	大学病院児童思春期精神科				300,000	
	大学病院精神科神経科	500,000			700,000	
旭川医科大学	精神医学講座	2,900,000	2,900,000	1,300,000	300,000	7,400,000
弘前大学	神経精神医学講座	3,400,000	3,000,000	3,700,000	4,100,000	14,200,000
東北大学	精神神経学	2,600,000	1,000,000		500,000	9,600,000
	大学病院精神科	1,000,000	2,000,000	1,500,000	1,000,000	
秋田大学	精神科学講座	1,000,000	2,000,000	2,500,000	1,300,000	7,300,000
	附属病院精神科	500,000				
山形大学	精神医学講座	3,300,000	3,700,000	3,650,000	4,100,000	14,750,000
筑波大学	精神医学	5,300,000	4,900,000	3,750,000	4,400,000	19,350,000
	大学病院精神神経科	500,000			500,000	
群馬大学	神経精神医学	2,100,000	1,000,000	1,100,000	2,000,000	6,200,000
千葉大学	精神医学	3,800,000	3,900,000	3,400,000	3,300,000	15,150,000
	子どものこころの発達教育研究センター		500,000	250,000		
東京大学	精神医学	2,000,000	1,200,000	1,200,000	2,100,000	14,900,000
	こころの発達医学分野				300,000	
	附属病院精神神経科	2,000,000	2,500,000	2,300,000	1,300,000	
東京医科歯科大学	精神行動医科学	5,700,000	500,000	4,350,000	4,800,000	17,330,000
	大学病院精神科	1,980,000				
新潟大学	精神医学	9,200,000	8,100,000	3,750,000	6,900,000	27,950,000
富山大学	神経精神医学講座	1,800,000	800,000	1,000,000	1,800,000	7,950,000
	附属病院神経精神科	1,300,000	1,000,000	250,000		
金沢大学	精神行動科学	2,400,000	1,100,000	800,000	1,400,000	5,700,000
福井大学	精神医学	1,700,000	2,500,000	2,650,000	3,300,000	12,750,000
	子どものこころの発達研究センター	700,000	300,000	500,000	1,100,000	
山梨大学	精神神経医学-臨床倫理学講座	3,000,000	1,500,000	1,500,000	1,900,000	7,900,000
信州大学	精神医学教室	3,500,000	1,500,000	1,050,000	2,300,000	12,900,000
	子どものこころの発達医学教室	1,800,000	1,300,000	250,000	1,200,000	
岐阜大学	精神病理学分野	1,400,000	300,000	750,000	2,700,000	5,150,000
浜松医科大学	精神医学講座	3,200,000	2,600,000	1,000,000	2,000,000	8,800,000
名古屋大学	精神医学	10,600,000	7,000,000	2,450,000	6,900,000	36,750,000
	附属病院精神科	7,500,000				
	附属病院親と子どもの心療科	500,000	500,000			
	脳とこころの研究センター	500,000	800,000			
三重大学	精神神経科学	3,500,000	3,100,000	2,400,000	3,100,000	12,100,000
滋賀医科大学	精神医学講座	4,100,000	5,000,000	4,000,000	3,900,000	17,000,000
京都大学	精神医学	3,500,000	2,900,000	3,100,000	3,900,000	16,400,000
	附属病院精神科神経科	2,500,000	500,000			
大阪大学	精神医学教室	10,400,000	5,500,000	5,200,000	6,500,000	34,800,000
	こころの発達神経科学講座	500,000				
	精神健康医学	300,000				
	行動神経学-神経精神医学寄附講座		3,000,000	1,600,000	1,000,000	
	大学病院神経科-精神科	800,000				
神戸大学	精神医学分野	3,300,000	3,000,000	2,300,000	3,300,000	12,700,000
	大学病院精神科神経科	500,000			300,000	
鳥取大学	精神行動医学	3,300,000	1,300,000	300,000	1,200,000	6,100,000
島根大学	精神医学講座	3,200,000	7,800,000	3,850,000	5,000,000	20,650,000
	大学病院精神科	500,000				
	免疫精神神経学共同研究講座				300,000	
岡山大学	精神神経病態学	3,300,000	2,500,000	1,000,000	2,000,000	8,800,000
広島大学	精神神経医科学	1,000,000	1,500,000	1,300,000	2,100,000	6,900,000
	大学病院精神科			500,000	500,000	
山口大学	附属病院精神科	3,000,000				3,000,000

Disease mongering
（疾患喧伝）

Disease mongering

■病気の売り込み行為：製薬会社などがその販路を広めるために、医学界と共同歩調を通して、特定の病気をより重要な課題として社会問題化し、治療的介入を進め、その治療薬と特定の病気の知名度が上がることをさす。

（http://www.cscd.osaka-u.ac.jp/user/rosaldo/070123DMonger.htm、池田光穂、大阪大学コミュニケーションデザイン・センター教授）

■疾患喧伝：薬剤の販売促進を意図して、早期診断、早期治療の大義の下で疾患概念を拡大することで、商業主義が批判される場合に用いる。積極的な意義が強調される時はdisease awareness（疾患啓発）と呼ばれる。（井原、精神科治療学28:1495,2013）

monger　1 ((主に英))（小売り）商人　a fishmonger　魚屋.
　　2 つまらない[くだらない]ことに忙しく立ち回る人，…屋
　　a gossipmonge　うわさをまきちらす人.

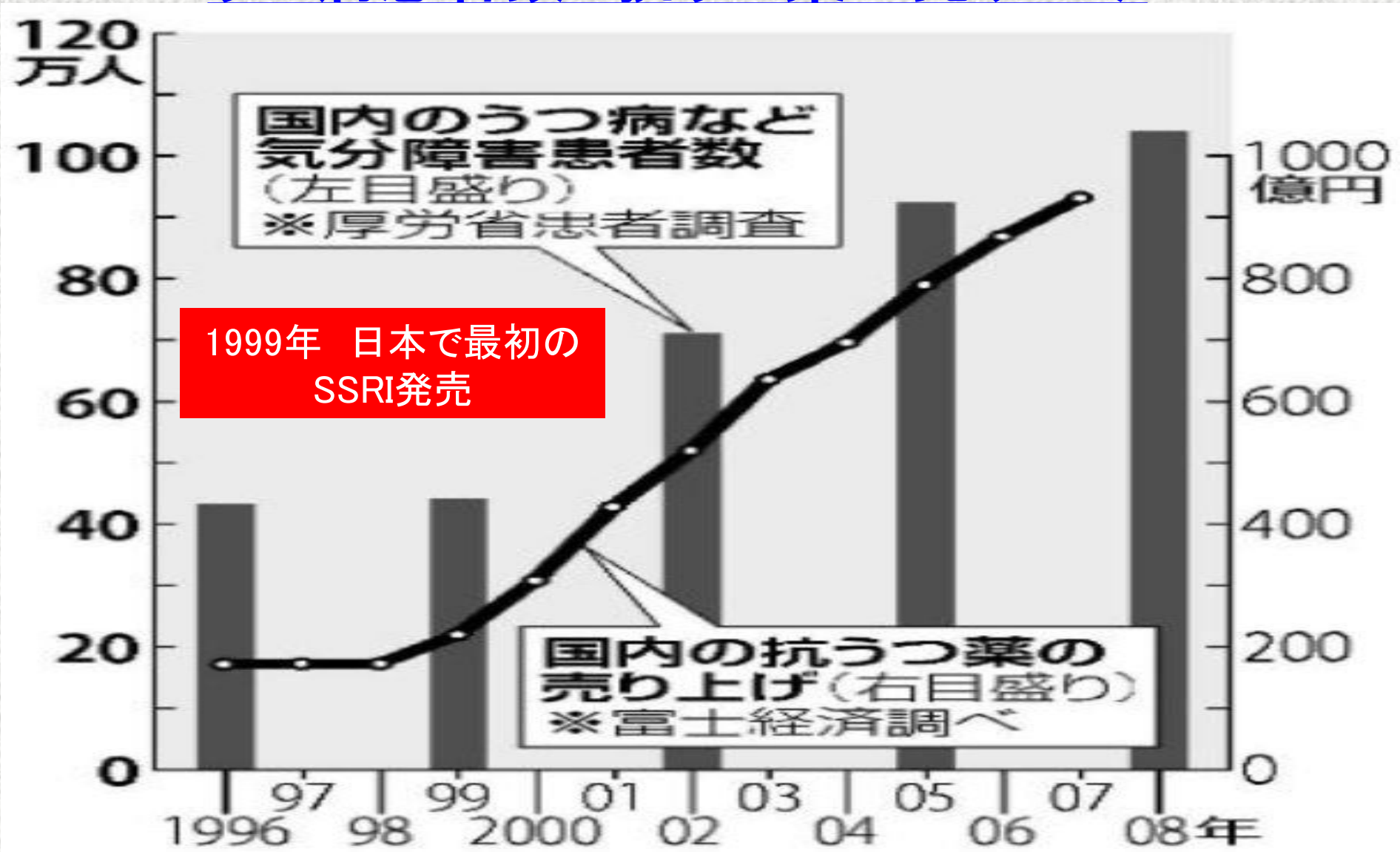
日本の精神医療におけるDisease mongering史

1981年
ルジオミール
「仮面うつ病」
（masked depression,
V.A.Kral Kral,1958）

1999年
パキシル
「うつは心の風邪」

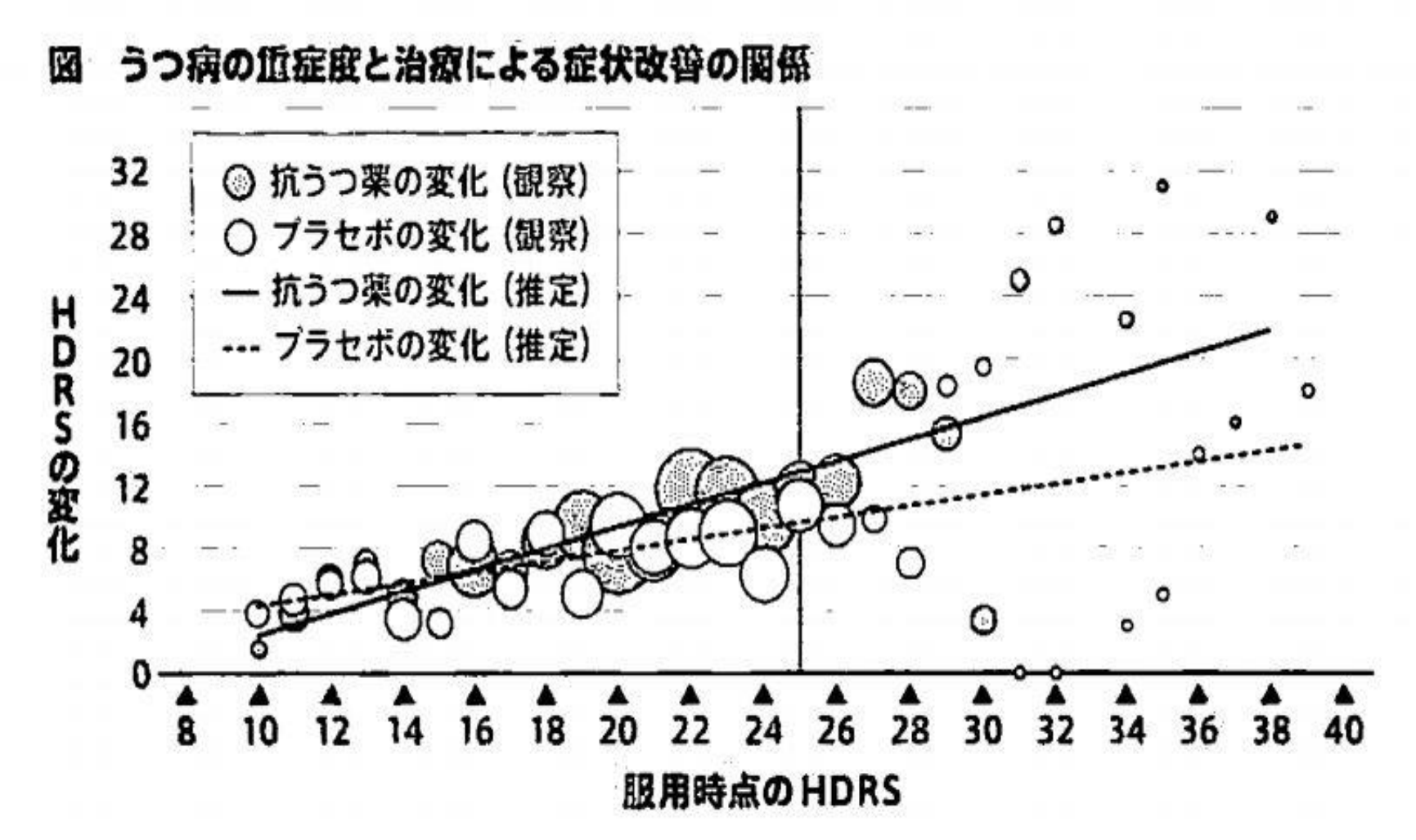
2010年
ジプレキサ（躁病）
「あれもこれも買いすぎてしまう。
性格の問題じゃなかったんだ」

うつ病患者数と抗うつ薬の売り上げ



2010年1月１日読売新聞より引用

うつ病の重症度と治療による症状改善の関係



Fournier JC, et al. JAMA 2010; 47-53 / Nikkei Medica1 2010.2

DSM―5におけるうつ病性障害の範囲をめぐる混乱
死別反応は大うつ病エピソードか？

大うつ病エピソードと診断する場合

DSM-IV-TR（2002）

1）死別反応では説明されない。

2）症状が2ヶ月以上続くか、重度の特徴を持つ

DSM-5　ドラフト（2010年2月）

死別反応の項目（上記1）が削除

（＝死別反応も大うつ病エピソードと診断する）

理由：愛するものの喪失というストレッサーと他のストレッサーとを区別して扱う根拠が支持されない

DSM-5（2013）

死別反応の範囲か否かは、臨床的な判断に委ねる

Disease mongering

Education and debate

Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering

Ray Moynihan, Iona Heath, David Henry

A lot of money can be made from healthy people who believe they are sick. Pharmaceutical companies sponsor diseases and promote them to prescribers and consumers. Ray Moynihan, Iona Heath, and David Henry give examples of "disease mongering" and suggest how to prevent the growth of this practice

Australian Financial Review, GPO Box 506, Sydney, 2201, Australia
Ray Moynihan *journalist*
Camberwell Group Practice, 5 Peckham Street, London NW5 2UP
Iona Heath *general practitioner*
School of Medical Practice and Population Health, Faculty of Health, University of Newcastle, NSW 2308, Australia
David Henry *professor of clinical pharmacology*
Correspondence to: R Moynihan ra_128@hotmail.com

BMJ 2002;324:886–91

There's a lot of money to be made from telling healthy people they're sick. Some forms of medicalising ordinary life may now be better described as disease mongering: widening the boundaries of treatable illness in order to expand markets for those who sell and deliver treatments.[1 2] Pharmaceutical companies are actively involved in sponsoring the definition of diseases and promoting them to both prescribers and consumers. The social construction of illness is being replaced by the corporate construction of disease.

Whereas some aspects of medicalisation are the subject of ongoing debate, the mechanics of corporate backed disease mongering, and its impact on public consciousness, medical practice, human health, and national budgets, have attracted limited critical scrutiny.

Within many disease categories informal alliances have emerged, comprising drug company staff, doctors, and consumer groups. Ostensibly engaged in raising public awareness about underdiagnosed and undertreated problems, these alliances tend to promote a view of their particular condition as widespread, serious, and treatable. Because these "disease awareness" campaigns are commonly linked to companies' marketing strategies, they operate to expand markets for new pharmaceutical products. Alternative approaches—emphasising the self limiting or relatively benign natural history of a problem, or the importance of personal coping strategies—are played down or ignored. As the late medical writer Lynn Payer observed, disease mongers "g... self-confidence."[9]

Although some sponsored p... sumers may act independently an... have honourable motives, in many... the same: groups and/or campaig... funded, and facilitated by corpora... their public relations and marketi...

A key strategy of the allian... news media with stories designed... the condition or disease and dr... latest treatment. Company s... boards supply the "independen... stories, consumer groups provid...

Summary points

Some forms of "medicalisation" may now be better described as "disease mongering"—extending the boundaries of treatable illness to expand markets for new products

Alliances of pharmaceutical manufacturers, doctors, and patients groups use the media to frame conditions as being widespread and severe

Disease mongering can include turning ordinary ailments into medical problems, seeing mild symptoms as serious, treating personal problems as medical, seeing risks as diseases, and framing prevalence estimates to maximise potential markets

Corporate funded information about disease should be replaced by independent information

public relations companies provide media outlets with the positive spin about the latest "breakthrough" medications.

Inappropriate medicalisation carries the dangers of unnecessary labelling, poor treatment decisions, ...

disabling impact of a powerful medical establishment. Contemporary writers argue that the lay populace has become more active, better informed about risks and benefits, less trusting of medical authority, and less passively accepting of the expansion of medical jurisdiction into their bodies and lives. Although these views may herald a more mature debate about medicalisation, the erosion of trust in medical opinion reinforces the need for wide public scrutiny of industry's role in these processes.

In this paper we do not aim for a comprehensive classification or definitive description of disease mongering, but rather we draw attention to an important but under-recognised phenomenon. We identify examples, taken from the Australian context but familiar internationally, which loosely represent five examples of disease mongering: the ordinary processes or ailments of life classified as medical problems; mild symptoms portrayed as portents of a serious disease; personal or social problems seen as medical ones; risks conceptualised as diseases; and disease prevalence estimates framed to maximise the size of a medical problem. These groups are not mutually exclusive and some examples overlap.

Merck has widely promoted hair loss as a medical problem, including advertising on buses

exclusion" covering a range of symptom severity, yet it is currently experiencing something of a global "makeover." Without question many people with the condition are severely disabled by their symptoms, but the arrival of new drugs has seen manufacturers seek to change the way the world thinks about irritable

Merck has widely promoted hair loss as a medical problem, including advertising on buses.

comments by concerned experts and news that an International Hair Study Institute had been established.[7] It suggested that losing hair could lead to panic and other emotional difficulties, and even have an impact on job prospects and mental wellbeing. The article did not reveal that the study and the institute were both funded by Merck and that the experts quoted had been supplied by Edelman, despite this information being available in Edelman's publicity materials in May 1998.

Although Merck is prevented from advertising finasteride direct to consumers in Australia, it has continued to promote hair loss as a medical problem with

marketing strategy for GlaxoSmithKline's drug Lotronex (alosetron hydrochloride).

In Vivo is one of a handful of companies specialising in corporate backed "medical education," and the leaked plan provides a rare insight into the highly secretive world of drug promotion, with its new emphasis on "shaping" medical and public opinion about the latest diseases.

According to the documents, the education programme's key aim is this: "IBS [irritable bowel syndrome] must be established in the minds of doctors as a significant and discrete disease state." Patients also "need to be convinced that IBS is a common and rec-

◆Payer,L.:Disease-mongers: how doctors, drug companies, and insurers are making feel sick. New York: Wiley & Sons; 1992
◆Moynihan,R. et al: Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ 324: 886-891, 2002

Disease mongering？

Disease mongeringの伏線？

日本の精神医療におけるDisease mongering史

1981年
　ルジオミール
　　「仮面うつ病」
　　（masked depression,
　　V.A.Kral Kral,1958）
1999年
　パキシル
　　「うつは心の風邪」

2010年
　ジプレキサ（躁病）
　　「あれもこれも買いすぎてしまう。
　　性格の問題じゃなかったんだ」

Disase mongeringの周辺を疑う

・疾患概念の拡大

うつ病　　軽症うつ病、こどものうつ病

・人としての当然の精神活動を病気とする

当然のゆううつ感（適切な悲哀反応、適応障害）　うつ病

気持ちの動揺　双極2型

生理的不眠　不眠症

・性格を薬が有効な病気ととらえる

買い物し過ぎ　躁病

会社でうまくいかない人　大人のADHD

・病気であると恐怖感を煽る

電車が不安　不安障害

対人緊張　社交不安障害

もの忘れ（予防）、進行予防効果　認知症

うす毛　脱毛症

★Disease mongering（疾患喧伝）と　Disease awareness（疾患啓発）

病気としてとりあげる？

How Psychiatry
Transformed Normal Sorrow
Into Depressive Disorder

How Normal Behavior
Became a Sickness

新たな病名が患者を増やす
（Newsweek March 4, 2014.）

U.S. MEDICINE

'A Pill for Every Ill'

新たな病名が患者を増やす

医学　昔は病気でなかったものまで病気扱いに――
精神疾患の診断マニュアルの改訂が招いた波紋の深刻度

みんな病気？
日常生活で経験するような精神的問題がことごとく精神疾患に

精神科の分野で「病気のインフレ」が起きていると考える医療専門家が増えている。精神の病にさいなまれる人の数自体は変わらないのに、精神疾患の類型が増えたせいで、何らかの疾患に該当する人の数が増加しているというのだ。

しかも、この現象を突き動かしているのは、精神疾患の診断の基準となるはずのマニュアルかもしれない。

『精神疾患の診断・統計マニュアル第5版（DSM-5）』は、精神疾患に関する共通認識と診断基準を作るために米国精神医学会（APA）が作成している刊行物だ。絶対的なルールブックとは考えないでほしいとAPAは述べているが、精神医学の世界における影響力は圧倒的に大きい。

もしあなたが精神に不調を感じても、その症状がDSM-5に記されていなければ、おそらく大半の精神科医や行政・司法関係者は精神疾患と認めない。

逆のケースもあるだろう。自分では精神疾患と認識していなかったのに、DSM-5に照ら

神疾患の種類がもっと少なければ、病気と診断される人はもっと少なくなるのだろうか。

SOLAMAN-F-P/GETTY IMAGES

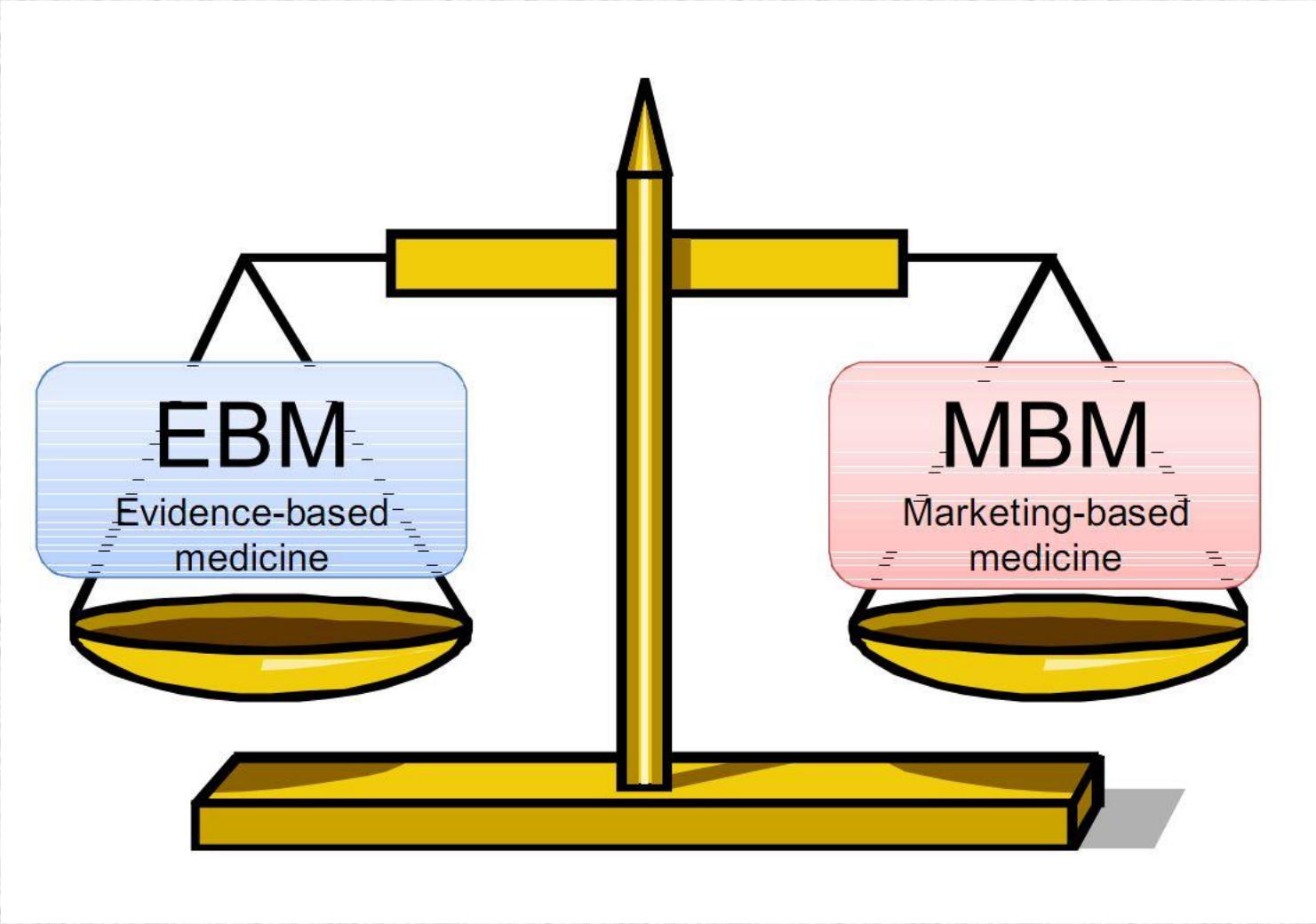
レカネマブ(レケンビ)：私が適応の状態になって、もし医師に勧められても、私には使用しないように家族に話してあります。（2023年8月22日：Facebook）

1)本当にこれまでの薬剤より進行を遅らせる？

2）有害事象は高頻度

3）高価

4）アミロイドβの減少は進行程度と相関する？


EBM
Evidence-based medicine
MBM
Marketing-based medicine

製薬企業との難しく複雑な関係

・医学研究における製薬企業の資金提供は大きい。

・製薬企業の収益は新薬開発につながる。

・医師は、製薬企業と医師との金銭的関係が何をもたらすか気づきにくい

→気づかないままでいると

医療は社会的信用を失う

心療内科医、精神科医の選び方

＜参考＞

https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/miyaoka/202003/564671.html

精神科医をどう選ぶか－受診前－

1）ホームページやマスメディア

×よいことしか書かれてない

×記載された医師の経歴

2）マスメディアに出る精神科医

×特に勧める根拠にならない

3）他にはない特定の治療の効果を強調する医師

×よい治療ならすぐ広まる

×画期的な診断・治療

○4）かかりつけ医、産業医、友人からの情報

精神科医をどう選ぶか－初診時－

★

1）最初から同系統の薬剤が2剤以上処方された時

2）自記式アンケートの結果だけで診断しているかのような時

3）うつ病症状（興味の喪失など）だけ問診した後、「抗うつ薬をのんで休養をとれば治る」とだけ説明された時

4）薬剤の副作用について説明がない／副作用はないと説明された時

5）すぐ長期間（例えば　3カ月以上）の診断書が出た時

6）夜間や休日は一切対応できないと説明された時

7）主治医が「日本精神神経学会精神科専門医」でない時→電話やwebでわかるはず

・心身医学会、心療内科学会専門医は専門が異なる。

・心療内科だけ標榜している精神科医もいる。

8）40分？はかける

（宮岡等：主治医以外の意見を求めたほうがよいとき，こころの科学　No152，2010年7月を改変）

精神科医をどう選ぶか－初診時（特に最近）－

◆睡眠薬を処方時

・生活状況（昼寝）、嗜好品（コーヒー、お茶）、体の不調（痛みやかゆみなど）を確認しない

・ふらつきや転倒について注意しない

◆過去の躁状態の有無を確認せず、うつ病と診断し、抗うつ薬を開始する

◆現在の症状ばかりたずねて、生活歴や長期経過を確認しない。

◆身体への薬剤（ピルを含む）を含めて、現在のんでいる薬を確認しない。

精神科医をどう選ぶか－治療を続けている時－ ★

1）悪くなったと言うと薬がどんどん増える時

精神疾患の症状増悪～薬の副作用～退薬症状

薬物相互作用の影響（他の薬剤の中止、新たな薬剤開始）

2）同系統の薬剤が　3？種類以上処方されている時

3）長期間の精神療法やカウンセリングでも改善しない時

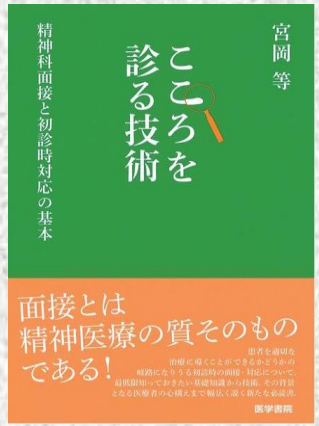
診断は正しいか→精神科医の診察は不可欠

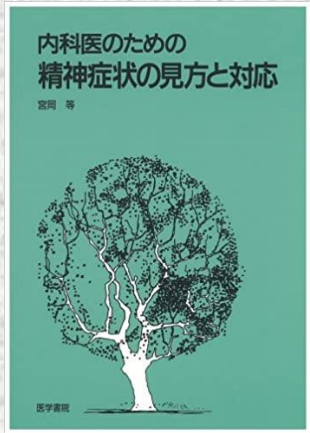
精神療法やカウンセリングの副作用にも注意

4）新薬が発売されると「この薬なら効くかもしれない」とすぐ処方

5）初診時にきちんと診察できていれば、あまり長時間の面接でなくてもよい

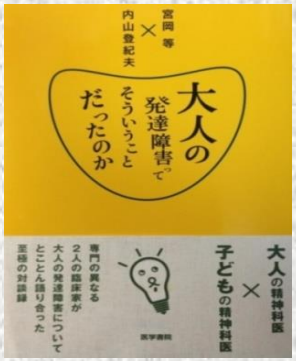
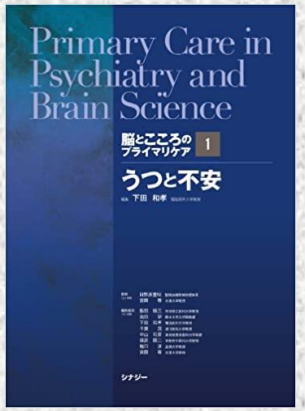
（宮岡等：主治医以外の意見を求めたほうがよいとき，こころの科学　No152，2010年7月を改変）





宮岡等
北里大学名誉教授 （医学部精神科）

■宮岡等のブログ
http://miyaokakitasato.blog.fc2.com/



ご静聴ありがとう
ございました