

ウ) 国内における感染情報の収集と対応に関する考察

自発報告に頼る情報収集手法しかとっていなかった問題

集団肝炎発症が発生する以前の、1985（S60）年頃までの情報収集手法は、アンケート調査と医薬情報担当者による調査の2種類であった。

ただしこれらはいわゆる自発報告であり、当時の自発報告が今日ほどには活発でなかったことを踏まえれば、感染情報の収集手法として十分であったとは言いがたい。実際に、1985（S60）年度に旧厚生省に報告された副作用症例は全体で1,986件（副作用モニター医療機関からの報告803件、企業報告1,183件）であり、これは2000（H12）年度の副作用報告数27,623件（医療機関などから5,297件、企業報告22,326件）と比べて低い水準となっている⁵⁴。

また、2002（H14）年までの調査の過程で企業が把握していた418人リストの患者の内、BPL処理が施されていた1985（S60）年頃までに、30例の肝炎等の報告症例があったことが判明している⁵⁵。この事実からも、1985（S60）年時点で自発報告から取得していた3例（輸血併用のパターンを含めれば8例）という数値が、感染実態よりもかなり少ない数値だったことが分かる。

アンケート用紙が同封されているとしても、それが医師の下に届く前に廃棄される可能性があること等も考慮すれば、アンケート調査と医薬情報担当者による調査という、自発報告に頼った情報収集手法のみをとっていた当時のミドリ十字社の対応には、問題があったと言わざるをえない。

なお、このような自発報告に頼っていたにもかかわらず、ミドリ十字社は添付文書内に製剤の供給数と肝炎発生報告数を記載している。1968（S43）年6月改訂版の添付文書には「30,330瓶を供給したところ、僅かに2例の黄疸（肝炎）発生の報告を受けただけ」と記されており、1972（S47）年1月版では「145,990瓶を供給しているが、僅かに2例の黄疸（肝炎）発生の告知をうけただけであった」と、報告が当初の2例だけでいかにも安全性がますます高まっているがごときの記載になっている。自発報告の性格を鑑みれば、医療機関への主要な情報提供手法である添付文書に、過度に安全性を強調するかなのような記述を行ったことは問題である。

症例報告の解釈において危機意識が不足していた問題

アンケート調査と医薬情報担当者による調査を通じて、1975（S50）年から1986（S61）年にかけて3例（輸血併用例を含めれば8例）の症例報告が為されている。症例数としては少ないが、輸血非併用の発症がある時点で、当該医薬品による肝炎発症の危険性を疑うべきであったと考えられる。

そもそも自発報告という手法の性質を鑑みれば、報告された症例が実態の一部にすぎないことは容易に想像される。またフィブリノゲン製剤が輸血と併用される場合が多く、医師が輸血によって肝炎が発症したと判断して報告しなかったケースも相当数存在したものと考えられる。製薬企業として、これらの点にも思いを至らせるべきであった。

以上のことから、当時のミドリ十字社における3例（輸血併用例を含めれば8例）の症例報告への解釈には、問題があったと考える。安全性を追求すべき製薬企業として、その危機意識に不十分さが認められる。

⁵⁴ H14.5.31 三菱ウェルファーマ社報告書 p.6

⁵⁵ H14.7.16 三菱ウェルファーマ社報告書 p.24

情報取扱い体制の構築が十分でなかった点

1988 (S63) 年の3月になるまで、当時のミドリ十字社には、安全性に係る情報を一元的に集約する組織が存在しなかった。代わりに営業・開発・研究の各部門に情報収集を行う部署を設置し、情報を収集・管理していた。副作用情報や、国内外の最新知見といった情報が一元的に収集・管理されなかったことにより、安全管理の面で十分な対応力を保持することは難しかったと考えられる。

実際に、1987 (S62) 年4月頃にフィブリノゲンミドリによる集団肝炎発症が問題視された当時、営業部門の医薬安全室には2名しか担当職員がいなかった。これにより、全国から集まってくる感染情報の収集・管理に対応しきれなかったという評価を、企業自らがくだしている⁵⁶。

また図表4-39より、フィブリノゲン製剤や第IX因子複合体製剤に関連した肝炎発症を報告する論文等を確認することができるが、これらの情報に基づいて各種製剤の回収等が検討・決断されることはなかった。情報特許室等が最新の論文を収集する任務を負っていたものの、それが実際のアクションに結びつかなかった点は、情報の収集・取扱体制に不備があったことを意味している。

また、全国から収集した症例情報類には一連の番号が付与されておらず、受付台帳等も存在していなかったことが分かっている。組織や人数のみならず、情報管理に関する社内規定の甘さも問題であった⁵⁷。

これらを総合すれば、当時のミドリ十字社において、情報取扱い体制の構築全般に問題があったと言えることができる。

⁵⁶ H13.3.26 ウェルファイド社報告書 p.7

⁵⁷ H13.3.26 ウェルファイド社報告書 p.11

② 海外における危険性情報の収集と対応

国内における感染情報の収集に引き続き、海外の情報収集先や情報収集方法の妥当性について検証する。

検証の視点として、まずは海外の個別の感染例に触れることが可能であったかどうか注目する。この直接的な情報収集に加えて、「論文の収集」「海外の規制当局の動向確認」という2つの手法が考えられるので、これらを加えた3つの項目を中心に見ていくこととする。

ア) 海外の症例の収集

当時の情報源として、海外の個別の症例を把握していたという事実は、既存の資料等からは認められない。

イ) 海外の論文の収集

当時のミドリ十字社は、様々な時点において海外の論文を収集し、フィブリノゲン製剤に関する各種情報を取得している。

フィブリノゲン製剤の製造承認時には、海外で販売されていたフィブリノゲン製剤について、ウイルスや細菌の不活化方法としての紫外線照射法に関する情報を収集している。具体的には、米国NIHの“Minimum Requirements: Dried Fibrinogen (Human) (2nd Revision, NIH, October 1, 1954)”の情報である。なお、紫外線照射に関する情報としては、上記情報とは別に、米国カッター社のフィブリノゲン製剤が紫外線照射を施していたという情報を取得している。これは、当時カッター社に研修に行っていたミドリ十字社員によってもたらされたものである⁵⁸。この社員は、1962 (S37) 年頃、血漿分画技術の習得のため、カッター社に半年間派遣されていたとの記録が残っている⁵⁹。

フィブリノゲン製剤の販売後は、再評価申請のために収集された論文や、添付文書内に新たに参考資料として追加された論文などが収集されている。たとえば、1975 (S50) 年 11 月作成の添付文書の使用上の注意には、「アメリカにおいては本剤の使用により、15~20%の急性肝炎の発症があるとの報告があり、使用の決定に際しては患者のリスク負担と投与によって受ける治療上の利益とを秤量すべきであるとされている。」と記載されている。この記述の基となった論文は“AMA Drug Evaluations, 2ed, p.118. AMA Department of Drugs, 1973”であると添付文書内に記されている⁶⁰。

こうした海外の論文を、どのような体制でどこから収集していたかについて、詳細を判別する資料は少ないが、その情報源については、国内の情報収集について記載した通り、1988 (S63) 年まで、医療機関、研究機関、国内外の医学・薬学専門雑誌、各国の政府刊行物、各種の文献データベース、海外の子会社などから収集していたと推察されている⁶¹。ただし、情報源の種類や調査頻度、情報の評価方法や管理についての明確な規定はなかったと考えられている⁶²。

また、海外情報の情報源としては、現在一般的に行われているオンライン検索が想定されるが、このような検索システムは、1976 (S51) 年のJOISによるMedlineの導入まで待たなければならない。Medline以前は、海外雑誌の定期購入による情報チェックやインデックスメディクス（文献索引集）

⁵⁸ H14.8.9 三菱ウェルファーマ社報告書 p.14

⁵⁹ H14.5.31 三菱ウェルファーマ社報告書 p.16

⁶⁰ H14.5.31 三菱ウェルファーマ社報告書 p.32

⁶¹ H20.12.19 田辺三菱提供資料 『研究班からの質問に対する回答 (2)』

⁶² H20.12.19 田辺三菱提供資料 『研究班からの質問に対する回答 (2)』