

薬害再発防止のための医薬品行政等の  
見直しについて（最終提言）

平成22年4月28日

薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための  
医薬品行政のあり方検討委員会

## 目次

<b>第 1</b>	<b>はじめに</b>	<b>7</b>
(1)	委員会の設置目的	7
(2)	最終提言取りまとめまでの経緯等	7
(3)	提言の実現に向けて	9
<b>第 2</b>	<b>薬害肝炎事件の経過から抽出される問題点</b>	<b>12</b>
(1)	フィブリノゲン製剤に関する主な経過に対応した整理	12
①	1964 年の承認取得	
②	1976 年の名称変更に伴う承認取得	
③	1977 年の F D A による承認取消し	
④	1965 年、1985 年の不活化処理方法の変更	
⑤	1981 年からのフィブリン糊の使用開始とその拡大	
⑥	1987 年の青森県における集団感染の発生	
⑦	1987 年の加熱製剤の承認取得	
⑧	1993 年に原料血漿を献血由来に変更	
⑨	1998 年の再評価決定公示までの時間の経過	
⑩	2002 年に製薬企業から提出された資料の取扱い	
(2)	第Ⅸ因子製剤に関する主な経過に対応した整理	19
①	1972 年の P P S B - ニチヤク及びコーナインの承認取得	
②	1974 年の P P S B - ニチヤクの製造工程変更（原料血漿のプールサイズの拡大）の承認及び 1975 年の P P S B - ニチヤクの適応拡大	
③	1976 年のクリスマシンの承認取得	
④	非加熱第Ⅸ因子製剤（クリスマシン）の投与による H I V 感染の判明後の対応	

（３）	フィブリノゲン製剤、第Ⅸ因子製剤を通じた事実関係に基づく整理 ・・・・・・・・・・	21
①	添付文書による情報提供	
②	情報収集と分析・評価	
③	学会及び医療現場での情報活用	
④	知見の収集と伝達	
（４）	2009年度における検証作業による整理 ・・・・・・・・・・	23
①	事件当時の行政及び製薬企業担当者へのヒアリング	
ア	行政担当者へのヒアリング	
イ	企業担当者へのヒアリング	
②	医療関係者の意識調査	
ア	医師に対するアンケート	
イ	医師に対するインタビュー	
ウ	医師に対するアンケート及びインタビューに関する考察	
③	被害者の被害実態の調査	
ア	患者に対する調査	
イ	遺族に対する調査	
ウ	調査に関する考察	
<b>第 3</b>	<b>これまでの主な制度改正等の経過</b> ・・・・・・・・・・	<b>36</b>
<b>第 4</b>	<b>薬害再発防止のための医薬品行政等の見直し</b> ・・・・・・・・・・	<b>41</b>
（１）	基本的な考え方 ・・・・・・・・・・	42
①	医薬品行政に携わる者に求められる基本精神及び法の見直し	
②	医薬品行政に係る行政機関の体制とこれに携わる人材の育成	
ア	体制の強化	
イ	人材の育成・確保の在り方	
③	薬害教育・医薬品評価教育	
④	薬害研究資料館の設立	
⑤	専門家の育成と薬剤疫学研究等の促進	

(2) 臨床試験・治験	47
① GCP調査	
② 被験者の権利保護・救済	
③ 臨床研究（臨床試験を含む。）	
(3) 承認審査	49
① 安全性、有効性の評価	
② 審査手続、審議の中立性・透明性等	
③ 添付文書	
ア 添付文書の在り方	
イ 効能効果（適応症）の設定	
ウ 適応外使用	
④ 再評価	
(4) 市販後安全対策等	54
① 情報収集体制の強化	
② 得られた情報の評価	
ア 評価手法の見直しと体制の強化	
イ 体制の強化と予防原則に伴う措置	
ウ 新たなリスク管理手法の導入	
エ 電子レセプト等のデータベースの活用	
③ リスクコミュニケーションの向上のための情報の積極的かつ円滑な提供と患者・消費者の関与	
④ 副作用情報の本人への伝達や情報公開の在り方	
⑤ 適正な情報提供及び広告による医薬品の適正使用	
⑥ GMP調査	
⑦ GVP、GQP調査	
⑧ 個人輸入	
(5) 医療機関における安全対策	63
① 医療機関の取組の強化	
② 医療機関での措置の点検体制の構築	

（６）健康被害救済制度	65
（７）専門的な知見を有効に活用するための方策	65
① 学会に期待される取組	
② 知見の適切な伝達	
（８）製薬企業に求められる基本精神等	66
① 製薬企業のモラル等	
② 製薬企業の在り方	
③ 製薬企業における薬害教育等	
④ 業界内部の自主的倫理管理・法令遵守等	
<b>第５ 医薬品行政を担う組織の今後の在り方</b>	<b>68</b>
（１）医薬品行政組織について	68
① 中間とりまとめまでの議論	
② 第一次提言における議論	
③ アンケート調査について	
④ 今後の課題について	
（２）第三者監視・評価組織の創設	74
① 第三者組織の目的と特性	
② 第三者組織の権能	
③ 第三者組織の位置付け	
④ 委員及び事務局	
⑤ 第三者組織の見直し	
<b>第６ おわりに</b>	<b>78</b>
（参考 用語等について）	
（別紙① 審議経過一覧）	
（別紙② 「第一次提言」と「最終提言」の比較表）	

**【別添】**

「厚生労働省（MHLW）・独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）職員に対するアンケート調査結果報告書」

## 第 1 はじめに

### (1) 委員会の設置目的

本委員会は、薬害肝炎事件の発生及び被害拡大の経過及び原因等の実態について、多方面からの検証を行い、再発防止のための医薬品行政の見直し等について提言することを目的として設置された委員会である。

すなわち、①薬害肝炎事件の検証と、②再発防止のための医薬品行政の在り方の検討、という二つの役割を担う委員会であり、薬害肝炎の全国原告団、全国弁護士と厚生労働大臣との 2008（平成 20）年 1 月 15 日の基本合意書及び同年 3 月 17 日の協議並びにその後の調整を経て、二つの役割を担う委員会を一体のものとして発足させることとなったものである。

国は、上記の基本合意書において、フィブリノゲン製剤及び血液凝固第 IX 因子製剤による C 型肝炎ウイルス感染被害者の方々に甚大な被害が生じ、その被害の拡大を防止し得なかったことについての責任を認め、感染被害者及びその遺族の方々に心からおわびするとともに、さらに、今回の事件の反省を踏まえ、命の尊さを再認識し、薬害ないし医薬品による健康被害の再発防止に最善かつ最大の努力を行うことを誓ったところであり、この国の責任については、昨年末に成立した肝炎対策基本法の前文においても改めて明記されたところである。また、「薬害根絶の碑」には「命の尊さを心に刻みサリドマイド、スモン、HIV 感染のような医薬品による悲惨な被害を再び発生させることのないよう医薬品の安全性・有効性の確保に最善の努力を重ねていくことをここに銘記する」と記されている。厚生労働省においては、これらのことを想起し、二度と薬害を起こさない、そして国民の命をしっかりと守ることのできる医薬品行政を目指すべく、二度と薬害を再発させないことを目標とする抜本的改革に着手する必要がある。国は、政府全体として、この改革に取り組むべきである。このような認識の下に本委員会は設置された。

### (2) 最終提言取りまとめまでの経緯等

上記目的で設置された本委員会は、平成 20 年 5 月 27 日に第 1 回委員

会を開催し、以後「最終提言」取りまとめまでに全 23 回開催した（進行の概要は別紙①を参照）。

当初は、1 年間の予定で設置された委員会であるが、委員会自らが審議を尽くすために延長することを求めて 2 年間の審議となり、平成 20 年 7 月 31 日には「中間とりまとめ」、2009（平成 21）年 4 月には「薬害再発防止のための医薬品行政等の見直しについて（第一次提言）」（以下「第一次提言」という。）を厚生労働大臣に提出した。

このうち、「中間とりまとめ」は、事務局の提案に基づき、平成 21 年度予算の概算要求に間に合うよう、緊急性の高い市販後安全対策の強化に絞って 7 月まで集中的な検討を行って取りまとめ、「第一次提言」は、「中間とりまとめ」後の審議結果も踏まえ、医薬品の開発・承認・市販後安全対策や、医療現場や学会、製薬企業の在り方等全般に関し、平成 20 年度の審議の到達点を提言の形で取りまとめたものである。

「最終提言」は、「第一次提言」を基礎に平成 21 年度の審議結果を加え、2 年間の到達点を全体としてまとめた（平成 21 年度に「第一次提言」に新たに加え、あるいは内容を充実させた主な提言項目は、「専門家の育成と薬剤疫学研究等の促進」、「審査手続、審議の中立性・透明性等」、「新たなリスク管理手法の導入」、「リスクコミュニケーションの向上のための情報の積極的かつ円滑な提供と患者・消費者の関与」、「製薬企業に求められる基本精神等」、「医薬品行政組織について」、「第三者監視・評価組織の創設」等である。別紙②参照）。

本委員会の再発防止の提言の基礎として不可欠な薬害肝炎事件の検証作業については、「薬害肝炎の検証及び再発防止に関する研究」の研究班（平成 20 年度、平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金による研究班、研究代表者：堀内龍也 社団法人日本病院薬剤師会会長、本委員会委員。以下単に「研究班」という。）に、資料の収集・整理等の作業を委ね、審議の進行にあわせて適宜その到達点について報告を受けて進めた。研究班は、平成 21 年 3 月末に平成 20 年度の報告書「薬害肝炎の検証及び再発防止に関する研究 中間報告」を取りまとめ、平成 21 年度は、事件当時の行政・企業担当者に対するインタビュー調査、事件当時の医師の認識に関する調査、被害者の実態調査を行い、その結果は、「最終提言」の「第 2 薬害肝炎事件の経過から抽出される問題点」に取り



入れたほか、2010（平成 22）年 3 月末に平成 21 年度の報告書「薬害肝炎事件の検証及び再発防止に関する研究 最終報告」として取りまとめられた。

また、本委員会は、過去の検証とともに現状の把握も重要であると考え、医薬品行政の実情について、審議の全過程を通じて厚生労働省や独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下「総合機構」という。）に適宜報告を求め、特に平成 21 年度は、「第一次提言」のうち、厚生労働省が速やかに実行に着手できる事項については、着手を求めて、その進捗状況の報告も受けた上で、最終提言を取りまとめた。

なお、最終提言の取りまとめに当たり、平成 21 年度は、薬害肝炎の被害者の方々、患者団体の方、医療関係者や医薬品開発に携わる方等からヒアリングを実施するとともに、厚生労働省医薬食品局の全職員（食品安全部の職員を除く。以下同じ。）と総合機構の全職員を対象とするアンケート調査（詳細は別途取りまとめた「厚生労働省（MHLW）・独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）職員に対するアンケート調査結果報告書」を参照）等を実施した。

本アンケート調査及び第三者監視・評価組織に関しては、それぞれワーキングチームを設置して具体化のための討議・作業等を行った。

### （3）提言の実現に向けて

本委員会に与えられた 2 年という審議期間は、薬害肝炎事件の検証と薬害再発防止のための提言の取りまとめを行うにはあまりにも短く、やり遂げられなかったことも少なくないが、前記のとおり多くの方々の協力を得て、委員一同、与えられた条件の中で、薬害再発防止のための抜本的な改革案を取りまとめるべく努力した。

「最終提言」は、医薬品の開発・承認・市販後安全対策等の各段階、医療現場や学会、製薬企業の在り方はもとより、前記第三者監視・評価組織の設置をはじめ、医薬品行政組織の在り方や組織文化の問題にも踏み込んで提言を行っている。

その中には、人材の育成に関する取組をはじめ、政府全体として改革に取り組まなければ実現できない課題、相応の予算措置を講じなければ

ならない課題が含まれている。また、行政だけではなく、製薬企業、医療関係者や研究者などが協力して取り組まなければならない課題もある。先延ばしにできない課題ばかりと言っても過言ではない。

本委員会は、厚生労働省はもとより、政府全体が、迅速かつ真摯に、本提言の実現に取り組むことを強く求める。

また、すべての関係者が薬害防止を自らの問題ととらえて、それぞれの領域で直ちに取組を始めることを願ってやまない。

本提言の取りまとめに当たり、薬害肝炎の被害者の方々、患者団体の方、医療関係者の方、医薬品開発に携わる方をはじめ、ヒアリングや視察、アンケート調査、研究班の検証作業など、様々な場面で御協力をいただいた方々に、改めて厚く御礼を申し上げたい。

平成 22 年 4 月 28 日

薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会

座長 寺野 彰（学校法人獨協学園理事長・獨協医科大学学長）

委員（五十音順）（平成 22 年 3 月 31 日現在）

- |         |                                   |
|---------|-----------------------------------|
| 泉 祐子    | 薬害肝炎全国原告団                         |
| 大熊由紀子   | 国際医療福祉大学大学院教授                     |
| 大平 勝美   | 社会福祉法人はばたき福祉事業団理事長                |
| 小野 俊介   | 東京大学大学院薬学系研究科 医薬品評価科学講座<br>准教授    |
| 神田 敏子   | 前全国消費者団体連絡会事務局長                   |
| 清澤 研道   | 長野赤十字病院院長                         |
| 坂田 和江   | 薬害肝炎全国原告団                         |
| 清水 勝    | 医療法人西城病院理事                        |
| 高橋千代美   | 日本製薬団体連合会安全性委員会委員長                |
| 椿 広計    | 統計数理研究所 リスク解析戦略研究センター長            |
| ◎ 寺野 彰  | 学校法人獨協学園理事長・獨協医科大学学長              |
| 友池 仁暢   | 国立循環器病センター病院長                     |
| 西埜 章    | 明治大学法科大学院教授                       |
| 花井 十伍   | 特定非営利活動法人ネットワーク医療と人権 理事           |
| 堀 明子    | 帝京大学医学部附属病院腫瘍内科 講師                |
| 堀内 龍也   | 日本病院薬剤師会会長（前 群馬大学医学部附属病院<br>薬剤部長） |
| 間宮 清    | 薬害サリドマイド被害者                       |
| 水口真寿美   | 弁護士                               |
| ○ 森寫 昭夫 | 特定非営利活動法人日本気候政策センター理事長            |
| 山口 拓洋   | 東京大学大学院医学系研究科 臨床試験データ管理学<br>特任准教授 |

（◎座長、○座長代理）

## 第2 薬害肝炎事件の経過から抽出される問題点

薬害肝炎事件について、これまでの検証作業の中で、研究班が収集・整理し、本委員会に提示した資料を基に、薬害肝炎事件の経過の中から、今後の再発防止の観点から抽出される問題点を、下記のとおり整理した。

その際、検証作業においては、先ずはその当時の水準に照らした評価が行われるが、本章においては、現在の視点から問題と思われる過去の事実も含めて整理したところである。

2008（平成20年）度は、薬害肝炎事件に関連するあらゆる文献を網羅的に収集し、事実関係を経時的に整理した。問題点の抽出は、フィブリノゲン製剤・第Ⅸ因子製剤に関するそれぞれの主な経過に対応した整理と、両製剤を通じた事実関係に基づく整理とで分けて整理を行った。（（1）から（3）関係）

2009（平成21）年度は、事件発生当時の行政、企業、医療関係者からヒアリング及びアンケート調査を行い、文献調査を補完した。なぜこのような事件が起こったかを解明する上で、当時の関係者の意識がどのようなものであったかを把握することは重要である。また、患者が受けた被害の実態を明らかにするために、患者及び遺族に対して、身体的、精神的、経済的並びに社会的被害実態に関するアンケート調査を試みた。（（4）関係）

なお、それぞれの論点・事実関係に対応した再発防止策について、第4のどこに記述されているかが理解されやすいよう、各項目に、その記載箇所も付記することとしている。

### （1）フィブリノゲン製剤に関する主な経過に対応した整理

#### ① 1964（昭和39）年の承認取得

- ・ 1962（昭和37）年の旧ミドリ十字社（現在の田辺三菱製薬）承認申請の際の臨床試験の資料は、症例数は最小限の数（60例）に合わせたもので、また、試験計画、症例の経過観察なども、ほとんど記載されず表一枚のみのものなど、その後1967（昭和42）年に「医薬品の製造承認等に関する基本方針について」（薬務局長通知）が策定されたこ

と（第3（37頁中段）参照）に照らせば、杜撰なものであり、当時厚生省はその内容に特段の指導等を行わず、承認を与えた。

- 同社の承認申請の際に用いられた安全性に関する情報の記載は、売血による血漿由来の血液製剤に対するウイルス感染の危険性が言及されていない不十分なものであるとともに、これに対する認識、情報収集監督体制は、厚生省、旧ミドリ十字社とも不十分だった。

【→第4（3）承認審査】

## ② 1976（昭和51）年の名称変更に伴う承認取得

- 1976（昭和51）年に名称変更に伴う承認申請が旧ミドリ十字社から行われた際には、承認時（1964（昭和39）年）から12年を経過しており、その間に製造承認申請時の必要書類の拡充や、臨床試験資料における必要症例数の増加等承認申請に必要な資料に関する規制が強化されていたにもかかわらず、この機会をとらえて新たな資料提出が厚生省（担当課は薬務局生物製剤課）から求められることもなく承認された。
- 1971（昭和46）年12月から厚生省の行政指導として再評価制度が開始され、同制度では1967（昭和42）年9月30日以前に製造承認を受けた医薬品を対象にすることにしていたが、「フィブリノーゲンミドリ」を「フィブリノゲンミドリ」に変更する一文字だけの名称変更を行う承認を1976（昭和51）年3月に旧ミドリ十字社に与えたことで、結果的に第一次再評価制度の対象とならず、フィブリノゲン製剤の再評価が大きく遅れた。

【→第4（3）承認審査】

## ③ 1977（昭和52）年のFDAによる承認取消し

- 1977（昭和52）年12月にFDAによる承認取消しがなされた当時、厚生省における副作用情報の収集体制は十分でなく、海外の副作用情報・規制情報の収集・活用体制が整っていなかったものの、1978（昭和53）年1月当時、厚生省は、WHO経由で、あるいはFDA諸施策情報についての独自収集ルート等で、FDAによる承認取消情報を入

手できる可能性があった。

- ・ 旧ミドリ十字社は、上記承認取消しが告示されていた 1978 (昭和 53) 年 1 月 6 日付け **Federal Register** を添付した資料を、同年 1 月 30 日付けで社内回覧している。
- ・ 1979 (昭和 54) 年 9 月には、国立予防衛生研究所血液製剤部長の安田純一氏が、自著に、この取消情報を記述していた。
- ・ 厚生省は、上記の情報の存在にもかかわらず、当時もその後も特段の対応を採らず、この情報を過小評価した経過からは、情報収集体制が十分でないというだけでなく、職員及び組織の意識に問題があったことがうかがわれる。

【→第 4 (4) ①情報収集体制の強化】

#### ④ 1965 (昭和 40) 年、1985 (昭和 60) 年の不活化処理方法の変更

- ・ 1965 (昭和 40) 年、1985 (昭和 60) 年のウイルス不活化処理方法の変更時に、旧ミドリ十字社は一部変更承認申請を提出せず、厚生省は処理方法変更の事実を認識していなかった。また、処理方法の変更を認識した段階でも、特段の処分は行っていない。
- ・ GMP が 1980 (昭和 55) 年に制度化された以降に同社に対し実施された GMP 調査により、上記の問題を認識することができなかつた可能性がある。なお、旧ミドリ十字社への調査については、当時の記録はほとんど残っておらず、現在残る記録から確認できるのは、一度の調査の実施 (構造設備規則への適合状況) についてのみである。

【→第 4 (3) 承認審査、(4) ⑥GMP 調査】

#### ⑤ 1981 (昭和 56) 年からのフィブリン糊の使用開始とその拡大

- ・ フィブリノゲン製剤にトロンビンなどの複数の薬剤を配合して糊状にし、出血箇所の閉鎖等に利用する「フィブリン糊」については、薬事法で承認された使用方法ではないにもかかわらず、旧ミドリ十字社では、「組織・臓器接着法」(1981 (昭和 56) 年 9 月) 等の小冊子 (パンフレット) を作成 (同年 11 月からフィブリン糊研究会を開催) し、これをプロパー (営業担当者) が営業用の資料として用い、販売促進

活動を行っていた。

- ・ 旧ウェルファイド社（現在の田辺三菱製薬）の報告によれば、糊としての使用量は、1981（昭和 56）年の 2,800 本から、1986（昭和 61）年の 20,400 本に増加しており、外科をはじめ多くの診療科で様々な疾患に用いられていた。
- ・ このように幅広く使用されていたにもかかわらず、承認申請等の必要な手続を同社は行わず、厚生省もその実態に基づく指導を行わなかった。

【→第 4（3）③添付文書

（4）⑤必要な情報提供と適正広告による医薬品の適正使用】

## ⑥ 1987（昭和 62）年の青森県における集団感染の発生

- ・ 1986（昭和 61）年 9 月頃から、青森、静岡、広島において、製剤の使用後に発生した肝炎の症例について、医療機関から旧ミドリ十字社の各地の支社に対して報告があったものの、その重要性に関して同社は十分な認識を持たず、これらの情報が同社から厚生省に報告されたのは、1987（昭和 62）年 4 月であった。
- ・ 青森の集団感染については、1987（昭和 62）年 1 月に、医療機関から電話により厚生省に報告されたが、厚生省において自ら原因究明を行うのではなく事実確認を製薬企業に求めるのみの対応であり、2 か月余を経た同年 4 月になってから、厚生省は、旧ミドリ十字社に対し、調査報告、非加熱製剤の自主回収、加熱製剤の承認申請の検討等を指導したにとどまった。また、同社の記録には、当時、同社と厚生省との間で、「理論武装の用意が必要」等の打ち合わせが数回にわたり行われたこと（製剤を投与された患者に対する懸念や対策については一言も言及されていない）が残されている。
- ・ 当時の薬事法では、医薬品等による保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するために必要であれば、当該医薬品等の販売又は授与の一時停止、ドクターレター等による医師等に対する緊急の情報伝達の指示、広報機関を利用した一般への PR の指示等の緊急命令（以上、法第 69 条の 2）、廃棄・回収命令（第 70 条）、製造（輸入）承認内容の変更命令（第 74 条の 2）を行うことが可能であったが、これらの措

置は講じられなかった。

【→第4（4）①情報収集体制の強化】

#### ⑦ 1987（昭和62）年の加熱製剤の承認取得

- ・ 上記⑥の経過の中で行われた1987（昭和62）年4月の加熱製剤の承認は、事前に厚生省と旧ミドリ十字社が打ち合わせを行って申請及び承認の時期が計画されており、わずかに、7例の臨床試験（経過観察期間は一週間）、10日間の審査期間で、さらに、施設の立入調査なども行われないうまま承認された。この加熱製剤による肝炎発症に関する不十分なデータを補うために必要な追加調査が承認条件に加えられておらず、行政指導として追跡調査を指示するにとどまっております、加熱製剤の販売にもかかわらず、その後も肝炎の発生数が拡大し、緊急安全性情報を発出したのは、翌1988（昭和63）年6月だった。

【→第4（3）承認審査、（4）①情報収集体制の強化、②得られた情報の評価、

③情報の積極的かつ円滑な提供】

#### ⑧ 1993（平成5）年に原料血漿を献血由来に変更

- ・ 1964（昭和39）年に「献血の推進について」（閣議決定）があり、「可及的速やかに保存血液を献血により確保する体制を確立する」とされたが、保存血液についてしか言及されておらず、血漿分画製剤には言及されていない。
- ・ 1974（昭和49）年に輸血用血液製剤については原料が全て献血で確保され、その翌年の血液問題研究会の意見具申で「血液製剤の全てを献血で確保すべき」とされたものの、この頃から逆に原料血漿の輸入が増加するなど、フィブリノゲン製剤を始めとする血漿分画製剤の原料としては国内外の売血が使用され続けた。
- ・ 旧ミドリ十字社と日本製薬が国内の有償採血所を閉鎖したのは、1990（平成2）年であり、さらに同社が、フィブリノゲン製剤の原料血漿を献血由来に切り替えたのは、1964（昭和39）年の閣議決定から30年近くを経た1993（平成5）年になってからだった。
- ・ このように売血による肝炎発症が献血制度のきっかけとなったにも



かかわらず、フィブリノゲン製剤等の血液製剤の原料が売血に長く依存していたことは、血液事業の問題の一つであり、血漿分画製剤の行き過ぎたシェア拡大競争などもあって、使用量の拡大につながるなど、結果として本事件につながったと言える。

#### ⑨ 1998（平成 10）年の再評価決定公示までの時間の経過

- ・ フィブリノゲン製剤については、1976（昭和 51）年の名称変更（②を参照）により再評価が行われず、さらに、1985（昭和 60）年の再評価実施の決定から 1998（平成 10）年の評価決定公示までに多くの時間がかかった。1980（昭和 55）年からは薬事法にも規定された再評価制度が、当初の承認（1964（昭和 39）年）から 34 年にわたり、フィブリノゲン製剤に対しては機能しなかった。
- ・ 厚生省が 1998（平成 10）年に評価決定を公示するまでに時間を要したことについては、効能・効果を先天性の低フィブリノゲン血症に限定することに対して、産科学会等を中心に、臨床現場から重大な問題があるから反対である旨の要望書が提出され、この要望を機に旧ミドリ十字社が後天性疾患への適応を残す道を選んだこと、そのための新たな臨床試験や特別調査の実施を待つ必要があったこと等が背景にあるものの、厚生省が迅速な方針決定を行わなかったことや、厚生省の製薬企業・各種団体に対する対応にも問題があると言え、結果として、再評価結果の公示が行われるまで、当該医薬品は使用され続け、多くの被害者を生み出してしまった。

【→第 4（3）④再評価】

#### ⑩ 2002（平成 14）年に製薬企業から提出された資料の取扱い

- ・ 2002（平成 14）年に、厚生労働省は、フィブリノゲン製剤の投与による C 型肝炎ウイルス感染に関して実施した調査の過程で製薬企業から提出された、418 名の症例一覧表を含む資料について、個人情報等をマスクングして公表した後、マスクング無しの資料とともに、職員の手により、十分に整理されていない厚生労働省地下の倉庫に移され、以後 2007（平成 19）年 10 月までその資料の存在も忘れられ、その間、

その資料に基づく患者の特定や告知に向けた取組は一切なされなかった。

- ・ 症例一覧表自体には実名やイニシャル等は記載されていないものの、これを作成した製薬企業や医療機関を通じることで、この資料をもとに、厚生労働省において患者の特定・告知に向けた配慮が可能であった。法制度上や行政の遂行上の責任の所在という問題以前に、患者の視点に立ち、肝炎で苦しんでいる人々に対し行うべきことは何かについて思いが致せていなかった。

こうした結果を踏まえ、文書管理の改善はもとより、国民の生命・健康を所掌する厚生労働省の業務遂行に当たって、その職員一人ひとりが、患者・被害者への配慮を絶えず自覚すべきであるという意識改革が求められる。

- ・ 上記の調査の過程で製薬企業から提出されたフィブリノゲン製剤の納入先医療機関名等が記載された文書等に関して、厚生労働省に対して、2002（平成14）年12月に「行政機関の保有する情報の公開に関する法律」に基づく開示請求があり、当初、厚生労働省は医療機関名を不開示とした。不開示決定の理由として、医療機関等に配慮した「医療機関の権利、競争上の地位その他正当な利益を害するおそれ」、「医療機関等からの副作用に関する積極的かつ率直な意見等の聴取が困難となり（中略）、医薬品安全対策業務の適正な遂行に支障を及ぼすおそれ」、「これらの情報はその内容が不確実かつ一部の医療機関のみに係る情報であるため、公にすることにより、かえって国民に誤解を与え、混乱を生じさせるおそれ」等を挙げたが、異議申立てがなされ、内閣府情報公開審査会の答申においては「投与民間医療機関の名称を公にすることは、感染の可能性のある者にとって肝炎検査の実施の端緒となり得るものであることから、人の生命、健康等に対する被害等が発生することを防止するための必要性は極めて大きいと言える」とされた。

厚生労働省は、この答申や利害関係者の意見等を踏まえ、その時点で保有していた一部の医療機関名だけでなく全ての納入先医療機関名を公表することが適当であると判断したが、情報公開の手续や再度製薬企業に全納入先医療機関名の提出を求めたこと等で時間を要し、公表は2年後の2004（平成16）年12月になった。また、開示までの2

年の間にも医療機関のカルテが廃棄されている場合が考えられ、被害者の掘り起こしに影響していると思われる。

- これらの点からも、厚生労働省の組織及び職員一人ひとりの意識改革と意思決定等の迅速化は欠かせないと言える。

【→第4（4）④副作用情報の本人への伝達や情報公開の在り方】

## （2）第Ⅸ因子製剤に関する主な経過に対応した整理

### ① 1972（昭和47）年のPPSB－ニチャク及びコーナインの承認取得

- 日本製薬のPPSB－ニチャクと旧ミドリ十字社のコーナインは、国内外の有償採血由来血漿（売血漿）を原料として製造されており、一定のドナースクリーニングは行われていたものの、ウイルス不活化処理はなされていなかった。
- 両製剤の承認申請については、当初の申請書（前年の8、9月に提出）には効能・効果として「血液凝固第Ⅸ因子先天性欠乏症（血友病B）」とされていたものが、1972（昭和47）年3月に両社から提出された訂正・差換願いにより「血液凝固第Ⅸ因子欠乏症」となり、効能・効果から、「先天性」及び「血友病B」という表現が削除された上で、同年4月に同時承認された。
- コーナインの輸入承認申請には、当初、肝炎ウイルス感染の危険性と治療効果とを十分比較した上での使用を求める「使用上の注意等の案」が添付されていたが、後日訂正・差換がなされ、実際の添付文書は簡単な文章となった。
- 効能・効果の拡大や使用上の注意の変更が、両製剤の使用拡大と結果的な被害拡大につながったことが考えられる。

【→第4（3）承認審査】

### ② 1974（昭和49）年のPPSB－ニチャクの製造工程変更（原料血漿のプールサイズの拡大）の承認及び1975（昭和50）年のPPSB－ニチャクの適応拡大

- ・ 日本製薬では、1973（昭和 48）年 5 月に、採血時の検査方法を感度の高いものに切り替え、その後 1974（昭和 49）年 6 月から、原料血漿のプールサイズについて、「3 人分以下」から「50 人以上」に変更（承認申請は前年 8 月）しているが、その際に肝炎感染リスクがどのように評価されたかは明らかでない。
- ・ 1975（昭和 50）年 5 月に、「凝血因子（第Ⅱ、Ⅶ、Ⅹ）欠乏に基づく出血」が効能・効果に追加されたが、これに関する臨床試験資料は 1 論文のみであり、そこで取り扱われている臨床試験は 11 例のみだった。

【→第 4（3）承認審査】

### ③ 1976（昭和 51）年のクリスマシンの承認取得

- ・ 国内（1980（昭和 55）年以降は国外も使用）の有償採血由来血漿（売血漿）を原料として製造されており、一定のドナースクリーニングは行われていたものの、ウイルス不活化処理はなされておらず、プールサイズも日本製薬と同じだった。

【→第 4（3）承認審査】

### ④ 非加熱第Ⅷ因子製剤（クリスマシン）の投与による HIV 感染の判明後の対応

- ・ HIV 訴訟における東京地方裁判所の「和解勧告に当たっての所見」（1995（平成 7）年 10 月 6 日）の「三 被告らの責任について」の記載内容、及び厚生省では 1960 年代以降、国内外の副作用情報・規制情報の収集も行っていたことを考慮すると、厚生省は遅くとも 1983（昭和 58）年 8 月頃までには、エイズの重篤性、及びクリスマシンによるエイズ感染の危険性を認識することは可能であったと考えられるが、同月以降も、厚生省は、旧ミドリ十字社に対し、クリスマシンの製造・販売の中止と市場からの速やかな回収を命じていない。また、加熱処理を含めたウイルス不活化処理の導入の遅れも否めない。

【→第 4（4）①情報収集体制の強化】

### (3) フィブリノゲン製剤、第Ⅸ因子製剤を通じた事実関係に基づく整理

#### ① 添付文書による情報提供

- ・ 旧ミドリ十字社及び日本製薬が記載した肝炎感染リスク情報の表示内容は、その内容・スタイルの不十分さから、医療現場に感染リスクを十分に認識させることができなかつた。
- ・ 両社は、原材料に関し「健康人由来の血漿」とのみ表現しており、国内外（米国等）の売血由来であるとの表示が無く、安全性を強調する内容であった。
- ・ 両社の製造方法におけるウイルス不活化処理方法や、原料血漿のプールサイズ等についての記載が一切無く、不十分な内容であった。
- ・ 製薬企業内での情報収集と検討体制の確立が不十分であり、添付文書による情報提供の強化が進まなかつた。
- ・ 厚生省は、添付文書の内容の適正化について積極的に関与しておらず、結果的に安全性情報を医療現場に浸透させることができなかつた。

【→第4（3）③添付文書、（4）①情報収集体制の強化

（6）医療機関における安全対策】

#### ② 情報収集と分析・評価

- ・ 厚生省において副作用モニター報告制度しかなかった頃、その制度の周知が不十分なため、医療現場から厚生省に報告される副作用情報が少数に留まっていた。また、その情報を評価し、活かす体制も十分ではなかつた。
- ・ 感染後、時間を経て発症、進行するウイルス性肝炎のような遅発性の有害事象に対する系統的な因果関係の究明、評価手法が、厚生省、製薬企業ともに構築されていなかつた。

【→第4（4）①情報収集体制の強化、②得られた情報の評価】

#### ③ 学会及び医療現場での情報活用

- ・ 日本肝臓学会などでは肝炎に対する認識と血液製剤に対する危険性

の認識は、1980年代前半（昭和50年代後半）には非A非B型肝炎から慢性肝炎、肝硬変等への進展に関する論文等が多く報告されるなど次第に高まったが、産婦人科などフィブリノゲン製剤を実際に使用する外科系医師への新しい知見の伝達とそれに関する理解は十分ではなく、ウイルス感染と肝炎の推移に対する認識にズレがあった。

また、肝炎感染のリスクや感染後の予後に関する最新の知見を、添付文書や学会等を通じて医療現場に伝える仕組みが不十分であった。

- ・ 産科のDICにフィブリノゲン製剤を使用する場合のように、正確なエビデンスがなくても産科学会のアピニオンリーダーが提唱し、「今日の治療指針」や教科書等に掲載されるなど、一度標準的な治療法になった基準や治療法は習慣的に広く行われるようになり、このような医療現場の認識を変えることは困難であった。さらに、特に血液製剤について言えることは、適応外である予防的な投与を含め、不必要と思われる投与が行われることも少なくなかった。
- ・ 学会間、専門領域間で情報が共有されていなかった。
- ・ 当時の製薬企業等のプロパー（営業担当者）は、情報の提供より営業活動が主体であり、そのための様々な活動が医薬品等の使用方法にも影響を与えていた。

【→第4（4）③情報の積極的かつ円滑な提供、

⑤必要な情報提供と適正広告による医薬品の適正使用

（6）医療機関における安全対策

（7）専門的な知見を有効に活用するための方策】

#### ④ 知見の収集と伝達

- ・ 副作用等に関する情報は学会報告、論文としてまとめられることはあるが、そうした知見が必ずしも専門外の医師には伝わっておらず、結果として健康被害の拡大（場合により薬害）につながる可能性がある。また、同時並行で行われているはずの製薬企業への副作用等の報告の際には新たに報告書を作成するという手間がかかるため、取りまとめた資料の全てが製薬企業に伝わってはいない。

旧ミドリ十字社や当時の一部の製薬企業には、当時、薬害事件の発生にもかかわらず、安全性の確保より経営を優先する体質があり、最

新の知見まで情報収集を定期的・体系的に行う体制は十分ではなく、最新の知見を収集し、活用する段階にはなかった。

- プール血漿や売血の利用が危険であることは、一流雑誌の論文にも掲載され、また旧ミドリ十字社の内藤社長自ら認めていたにもかかわらず、プール血漿や売血が利用され続けた。FDA承認取消し時や、青森集団肝炎発生事件当時に、旧ミドリ十字社には原因究明や予防原則に基づく対策の意思決定を行うための情報や知見の活用体制が整備されておらず、厚生省もそのことに対する指導的役割を果たしたとは言い難い。
- 度重なる薬害発生にもかかわらず、行政においては、最新の知見を承認審査や薬害防止を含めた市販後安全対策に活用するための仕組みが構築できておらず、新たな知見（リスク）が明らかになった時点で過去の判断を適切に見直すことができていたとはいえない。
- 1988（昭和63）年に緊急安全性情報が出されるまで、多くの医療現場では、添付文書と旧ミドリ十字社の営業担当者であるプロパー（現在のMR（医薬情報担当者）と同じではない）からの情報以外、フィブリノゲン製剤等によるウイルス感染に関する情報はほとんど存在せず、新たな知見を医療現場に周知徹底する仕組みが存在しなかったし、製薬企業に対し、安全性についての情報を医療現場により丁寧に周知させるための行政からの指導や直接的な情報提供も行われなかった。

【→第4（4）①情報収集体制の強化、②得られた情報の評価

③情報の積極的かつ円滑な提供

（6）医療機関における安全対策

（7）専門的な知見を有効に活用するための方策】

#### （4）2009（平成21）年度における検証作業による整理

##### ① 事件当時の行政及び製薬企業担当者へのヒアリング

###### ア 行政担当者へのヒアリング

薬害肝炎事件の検証については、研究班が収集・整理し、本委員会に

提示した資料による検証（2008（平成20）年度）に続き、これら資料から確認できない事項に関して、研究班が実施した当時の行政関係者からのヒアリングによる検証（2009（平成21）年度）を行った。ここでは、ヒアリングを通じて確認した当時の状況とそれに対する評価を、被害者の視点も含めて、検証を行ったものである。

ヒアリングの対象が、20年以上過去の事象に係る事項であることから、ヒアリング対象者の忘却や思い違いなどもあり得るという状況の下で、当時の記憶をたどりながら行なわれたものであることにも留意が必要である。また、後述するように、行政を含め、当時の重要な文書が存在しないなど、当時の文書管理が適切ではなかったと考えられる状況が、検証作業を一層困難なものとした。

このように、ヒアリングによる検証作業は、様々な制約の下で行われた。それも本来、なされるべき検証が20年以上なされることがなかったことによるものであり、薬害肝炎事件の真実を知りたいと立ち上がった被害者の立場からも、そのことが非常に悔やまれてならない。

- ・ 1987（昭和62）年の青森集団感染事件に関しては、当時の厚生省担当者からのヒアリングによっても厚生省が三沢市の産婦人科医院（以下「産婦人科医院」という。）から副作用（感染）報告を受けた時期については明確にならなかった。産婦人科医院に残された記録においても最も古いものが同年3月であったこと、2002（平成14年）のフィブリノゲン製剤によるC型肝炎ウイルス感染に関する調査（以下「平成14年調査」という。）当時に医師と面会した際も、医師も第一報を1987（昭和62）年1月に行ったか否かの明確な記憶がなかったとのことであった。
- ・ 産婦人科医院からの連絡を受けた後、当時の厚生省担当者が、通常の副作用とは異なるものにとらえ、モニター病院ではなかったものの当該医院に対する副作用報告書の送付依頼や、副作用被害判定調査会とは別に「血液製剤評価委員会」を立ち上げるなど、一定の危機意識を持って対応していたことがうかがえた。
- ・ 産婦人科医院からは肝炎発症例の副作用報告書（8例）と投与製剤のロット番号を記した文書が当時の厚生省に送付されていたが、血液製剤評価委員会には、製薬企業が調査の上、所定の一覧表形式



にまとめた発生状況を簡潔に整理した資料（産婦人科医院の8例を含む。）が提出された。その資料にはロット番号は記載されておらず、ロット番号等の情報は委員会に提出されなかった。当時の厚生省担当者によれば、一般に特定ロットに結びつく事例でなければロット番号まで提出する意味はあまりないものと考えていたとのことであった。また、ロット番号が記された文書が提出資料に添付されていたか否かは記憶にないとのことであった。

- 旧ミドリ十字社の記録には、当時、同社と厚生省との間で打ち合わせが数回にわたり行われ、「理論武装の用意が必要」という記述が残されている（製剤を投与された患者に対する懸念や対策については一言も言及されていない。）。なお、旧ミドリ十字社の記録には、「理論武装の用意が必要」との記載があるが、当時の厚生省の担当者によれば、医療上の必要性について聞かれたとしたら、客観的根拠が必要との趣旨でこう答えるであろうとのことであった。
- 未知の重篤な事例の報告があった際の対応として、1例目が発生すれば注目し、2例目が発生すれば要注意、3例目が発生すれば注意喚起を行うという「3例ルール」という考え方は当時存在していたものの、当時は副作用報告や集団感染事例への検討・措置を示した手順書が厚生省に存在した記憶はないとのことであった。
- 旧ミドリ十字社を指導するため、産婦人科医院からの書面による報告を待っていたとしても、また、第一報の後、産婦人科医院において院内感染かどうかの検証を行っていたとしても、産婦人科医院からの第一報に基づき、厚生省が積極的な調査や原因究明のための対応を積極的に採らなかったのか、厚生省において産婦人科医院における肝炎の集団発生が異常な事態であったという認識があったのであれば、仮に産婦人科医院から第一報が1987（昭和62）年1月であったとして、どうして行政的な措置が採られるまでに、3ヶ月以上も要したのか、ヒアリングを通して十分納得がいく事実は得られていない。
- さらに、1987（昭和62）年当時、非加熱製剤の肝炎発生は特定ロットに限定されていなかったことから、副作用の関連性を評価する専門家の評価委員会ではロット番号の情報が評価されていなかったが、その情報が当該製剤による肝炎発生の原因究明の手掛かりにな

る可能性もあった。このように、産婦人科医院が様々な自発的な調査の末に問題提起した警鐘を、行政が早期に受け止めていなかったことは問題と考える。

- 肝炎による被害の拡大や被害者の救済という観点からみれば、産婦人科医院からの報告から自主回収まで、そして専門家の評価に至る行政の対応のスピードは十分でなかったものと考えられた。被害の拡大や被害者の救済に思いをいたせなかったという観点では、平成14年調査に参与した方々に対するヒアリングでも、当時保有していた418名の症例一覧表を含む資料に対して、同様に患者や被害者の救済に対して思いが至っていなかった点が反省点として改めて認識されたところであり、安全対策に関わる職員において、被害拡大防止と被害者の救済を最優先に考える精神を徹底しなければならないと考える。
- また、ヒアリングにおいても、当時の記録が厚生労働省側からの資料では十分に確認できず、重要な文書管理等が適切に行われておらず、安全対策の検証を十分に行うことができない問題があった。
- 安全対策の行動の標準化等、文書管理の徹底は、今後の様々な安全対策の検証においても重要であり、それを強く要望したい。
- 加熱製剤の承認については、青森県での集団感染の報告が議論となったころ、HIV問題等の背景もあり、当時の厚生省の職員は加熱への切り替えを急ぐ認識を皆が持っていた。一方で、加熱製剤は申請から10日で承認されたが、それ以前から厚生省がデータを事前に提出させながら実質的な審査を行っていたことが確認された。しかし、非A非B肝炎ウイルスの発見前であり、加熱製剤における非A非B肝炎ウイルスの不活化の効果等について、当時の科学的水準では十分に検証できていなかったにもかかわらず、臨床試験の観察期間も1週間程度であり、肝炎の発症を検証するのに十分であったのか疑問が残る。当時の担当者のヒアリングにおいても、承認審査において加熱製剤の非A非B肝炎ウイルスに対する加熱処理の効果についての認識が徹底されなかった状況もうかがわれた。薬害の再発防止のためにも、問題の起きた医薬品は真にその安全性が確認できるまでは安全とは言えないと肝に銘じておくべきである。
- 同時に、加熱製剤使用後の肝炎発症事例の報告が製薬企業から過

小報告されていたこと、加熱製剤供給開始後6ヶ月間の経過観察についても、製薬企業が十分な頻度で報告していなかったこと、さらに、その情報も厚生省で組織的に共有されていたとは言えなかったことなどにより、加熱製剤承認後の肝炎の被害発生を早期に把握するに至らず、被害の拡大につながったのではないかと考える。

- ・ 非加熱製剤の回収については、製薬企業自身が問題を十分理解した上で自主回収させる方がきめ細かな行き届いた対応となる認識が厚生省にはあったということから、回収命令としなかったこと自体に大きな問題があったとは言えないが、被害拡大防止の観点から、全国の医療機関に対する危機情報の徹底した周知や徹底した回収状況の報告等の方策を採る必要があったのではないかと考える。

## イ 企業担当者へのヒアリング

- ・ 青森での集団感染発生を受け、非加熱製剤および加熱製剤における肝炎発症の実態調査を実施しているが、旧ミドリ十字社は実際に把握した症例数よりも少ない症例数を厚生省に報告している。この過少報告については、厚生労働省の報告書や2008（平成20）年度の検証成果の中で問題点として指摘されているが、こうした評価について、当時の担当者は「プロパーから報告された症例のうち因果関係のあるものを医療情報部の専任課長1人で調査・集計して報告」しており、「詳細調査の出来なかったものは除外した」と話している。また、文書による回答の中で、「現時点から顧みれば」、製薬企業として「詳細が不明なものも含め、収集した情報について可能な限り早急に厚生省に報告すべきであった」と述べている。
- ・ フィブリノゲン製剤は1ロット数千人～2万人分の血漿から製造されており、ほとんど全てのロットが肝炎ウイルスで汚染されていたことは間違いない。旧ミドリ十字社は全てのロットのサンプルバイアルを廃棄してしまったが、医療機関に辛うじて保管されていた非加熱2ロット、加熱2ロットのバイアル全てから複数の遺伝子型のクローンが検出され、3つは米国に多い遺伝子型1aが主であった。
- ・ 当時の旧ミドリ十字社の安全担当者に対するヒアリングによると、感染の実態調査を担当する医薬安全対策室は実質的には室長1人のみ

であり、貧困な対応体制であった。

- フィブリノゲン製剤については、承認された時期の添付文書には副作用が少なく安全であることが過剰に強調されていたが、1973年（昭和48年）に改定の指示が出され、1974（昭和49）年に改定が行われて、使用上の注意に「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」と記載された。この記載の後、当時のミドリ十字社の学術担当者は「添付文書に危険性が記載されているのになぜそんなに使うのかわからなかった。それだけのリスクを覚悟して使ったのでしょう。当然リスクベネフィットについて患者に説明すべきである」と医師の責任を強調した。また、添付文書の記載は「国から審査され承認されたもの」との認識を示した。
- 旧ミドリ十字社の担当者に対するヒアリングによると、生物学的製剤による感染は副作用ではなく事故であるとの認識であり、死亡例以外の症例では厚生省に報告することになっていなかったことが明らかになった。これは当時の厚生省生物製剤課の担当者から感染症例を事故として報告するように指示されたとされており、事故は期限を限って速やかに報告する義務がないことを、報告しなかったことの理由にしている。厚生省は事故として可及的速やかに報告することを求めたとしており、両者の意識に隔たりがあったことが明らかになった。実際に、青森での集団感染発生以前に、1986（昭和61）年9月に静岡から、同年11月には広島から、それぞれ非加熱製剤を利用した患者における肝炎発症の報告がミドリ十字本社に対して行われている。しかしこれらの感染報告が直ちに厚生省に届けられることはなかった。なお、これについて、企業は文書による回答の中で、当時感染症については事故扱いであり報告義務がなかったことと、肝炎の発生とフィブリノゲン製剤との因果関係が明確でなかったことを理由として挙げている。

【→第4（3）③添付文書、

（4）①情報収集体制の強化、②得られた情報の評価、

（5）医療機関における安全対策】

## ② 医療関係者の意識調査

### ア 医師に対するアンケート

- ・ 研究班では、2009（平成 21）年 9 月 4 日から 14 日までの間、年齢が 50 歳以上であり、かつ、専門分野として産科、消化器外科、小児科、血液内科、胸部外科を専門としている医師を対象として、フィブリノゲン製剤に関するインターネットアンケートを実施した（回収数 103）。
- ・ 実際にフィブリノゲン製剤を使用した医師のこの製剤に対する評価については、一定の効果を認めるものと、評価困難であるものとの相半ばしており、使用していた医師の間でもその評価が一致しなかった。一方でフィブリン糊については約 7 割の医師が有効性を評価しており、予防投与も約 4 割の医師が行っていた。
- ・ 治療方針の決定に当たっては、身近な経験豊富な医師の意見を参考にすると回答した者が 8 割を占めており、経験則に基づいた医療が行われていた。
- ・ 製薬会社から医師に対する肝炎感染も含めた情報提供は少なく、安全性情報は十分に伝わっておらず、当時、血液製剤による肝炎感染のリスク、重篤性の認識が低かった。
- ・ さらに、輸血が間に合わないときにフィブリノゲン製剤を使用した医師が 2 割程度存在し、産科ショック患者に製剤を使用しなかったために有罪となった『弛緩出血ショック止血措置輸血措置懈怠』を知っていた医師にとっては、当該製剤を使用しないことによる訴訟のリスクも考慮すると、当該製剤の使用が無難な選択であったものと考えられる。
- ・ 当時、肝炎の発症率や重篤性が事実より極めて低く見積もられており、企業から医師への情報提供の不足、国からの指導の遅れ等による被害者増加の責任はあるものの、医療関係者も含めて関係者全てにおいて責任を免れるものではないとする認識が主流であった。

### イ 医師に対するインタビュー

- ・ フィブリノゲン製剤の使用に関して、対面もしくは紙面によるインタビューを計5名の産科医（医師A～E）に対して行った。インタビューを行った医師の属性は以下のとおりである。  
 フィブリノゲン製剤の使用に関して、  
 A医師：実際に使用し、しかも実験的研究も行っていた産婦人科医  
 B医師：用いたことは無いが中核病院で危機的産科出血患者を多く診療している産婦人科医  
 C医師：先天性無、低フィブリノゲン血症にのみ用いた産婦人科医  
 D医師：使用した経験は無く、すでに後天性の出血には使用禁止の状態  
 で臨床経験が始まり現在に至っている地域中核病院の産婦人科医  
 E医師：かつて大学病院で産科的出血の研究歴が有り、現在は開業している産婦人科医
- ・ 医師A～Cの3名からはフィブリノゲン製剤の使用に関して肯定的な意見を、医師DおよびEからは否定的な意見を聞くことができた。
- ・ フィブリノゲン製剤の使用に肯定的な医師からは、その理由として、フィブリノゲン製剤の有効性が高いことや、フィブリノゲン製剤が保存可能であり、緊急時に有用であること等の理由が挙げられた。
- ・ 肯定派の医師の意見から、フィブリノゲン製剤の必要性、有用性は過去から現在まで減じることはなく、保険適応がないため使用できない現状に不満を持っている医師がいることが明らかになった。
- ・ 一方で、肯定派の医師の中にも、安易に使用してきた時代があったことを認める医師もおり、過去のフィブリノゲン製剤の使用については、医療現場でも改善すべき点が少なからずあったものと考えられる。
- ・ フィブリノゲン製剤の使用に否定的な医師からは、産科DICのコントロールをフィブリノゲンのみでできる事例が少ないことや、実際にフィブリノゲン製剤を使用しなくても治療には支障を生じなかった等、フィブリノゲン製剤の有効性を評価しない意見が聞かれた。
- ・ インタビューにより、当時フィブリノゲン製剤による肝炎感染の危険性やC型肝炎の予後の重篤性について十分に認識されていなかったことが再確認され、これらの情報の伝達・共有方法に問題があったことが明確になった。
- ・ 今回のインタビューから、フィブリノゲン製剤の必要性を強調する

医師がいて、中にはフィブリノゲン製剤でしか救えない命が存在するとする主張もあった。感染の危険性がかなり減少している中で、フィブリノゲン製剤の有効性に関する再検討（治験）の機会が、過去に薬害を起こしたからという理由のみで与えられないとしたら、残念なことではある。

- フィブリノゲン製剤の使用については、現在でも全く相反する主張がされているが、これは、明確な臨床的エビデンスが欠けていることの反映であると考えられる。2008（平成 20）年度の検証の中で引用した多くの論文においても、フィブリノゲン製剤使用群、非使用群を前向きに比較した論文（ランダム化比較試験）は極めて少なく、日本では皆無である。疾患の特殊性（急性期、危機的状态で比較試験に馴染まない）などからデータの蓄積が乏しいものと思われる。肯定派の医師たちは後天性低・無フィブリノゲン血症に対するフィブリノゲン製剤使用の保険適応を求めているが、その際には十分なエビデンスの蓄積を求める必要がある。
- 当時の添付文書にフィブリノゲン製剤使用に際しては 15～20%が肝炎に感染するという記載がされているにもかかわらずそのリスクは使用を制限し得なかった。当時の医師がプロパーと呼ばれたミドリ十字の社員からの情報提供によってどこまで使用制限したかどうかも定かでない。当時の医師とプロパーの関係は現在の医師と医療情報提供者（MR）の関係より様々な意味で厳しさが不足していたものと推察される。
- 海外での使用状況、適応については、上記のランダム化比較試験等が報告され始め、その有効性も報告されつつあるが、その著者ら自身もさらなるデータの蓄積の必要性を説いている。我が国でも有効性、必要性を主張するのであればそれに見合うだけのエビデンスの構築が必要となろう。
- 学会への働きかけとして、今後止血にフィブリノゲン製剤を用いるとする意見が台頭してくる場合には、関連の麻酔学会、血栓止血学会、輸血療法・細胞治療学会、産科婦人科学会などにその有効性のエビデンスと副作用、適応症状、クライテリアなどを明確にするよう求めるべきであろう。

## ウ 医師に対するアンケート及びインタビューに関する考察

- 今回の医師へのアンケート、インタビューを通して、現在でもフィブリノゲン製剤の有効性、必要性を是とする意見と非とする意見が存在し、使用できればさらに出血に対する治療が向上するのかわからないのかについて結論が出ていないことが分かった。20年以上前に遡れば、フィブリノゲンの有効性を否定する根拠が乏しく、かつ有効な治療手段の少ない時代に推奨派の意見が全面に出、多くの患者に使用された事は紛れもない事実である。しかし推奨派の医師にしても肝炎を現在のような予後不良疾患ととらえていれば当然使用は控えられたであろうし、被害を少なくできなかったことを残念であると感じていることもインタビューを通して十分伝わってきた。推奨派の医師たちは総じて産科出血の予測困難性、重篤性を熱っぽく語っており、現場での緊急対応の困難さを強調していた。今後止血にフィブリノゲン製剤を用いるとする意見が台頭してくる場合には、関連の麻酔学会、血栓止血学会、輸血療法・細胞治療学会、産科婦人科学会などにその有効性、副作用のエビデンスを明確にし、また診療ガイドラインの作成にあたっては、それらのエビデンスに基づくよう求めたい。今回の検証結果を各学会員に認知してもらうよう何らかの形で資料の提供を行うべきである。
- 医療界においても歴史は繰り返しており、治療行為が新たな疾患を作り出してしまうことは、特にその時代における未知なる感染症への対応が困難である場合に起きやすい。エジプトにおける住血吸虫症に対する予防接種後の肝炎のまん延、我が国においても少なくない予防接種禍など枚挙に暇が無い。医療従事者が医療行為を安全かつ十分に行うために必要な手段と副作用回避、低減のための情報伝達システムの構築に、医学、科学の進歩が追いつかないために薬害が発生したとすれば、それを人災とするのか、そうでないのかについては哲学的な議論も必要ではないか。
- 当時、フィブリノゲン製剤の危険性についての情報提供不足が薬害拡大の要因の一つであったが、反面、最近では溢れんばかりの情報が逆に重大な情報を薄めていることも事実である。インターネットなどを通じて流入してくるおびただしい量の薬物をはじめとする医療情報



から、医療側が本当に必要かつ重要な情報を如何に効率よく選別し得るかも喫緊の課題と考える。

- 【→第4（4）③リスクコミュニケーションの向上のための情報の積極的かつ円滑な提供と患者・消費者の関与、  
⑤適正な情報提供及び広告による医薬品の適正使用、  
（5）医療機関における安全対策】

### ③ 被害者の被害実態の調査

- ・ 研究班では、フィブリノゲン製剤、第IX因子による薬害肝炎を被った被害者がどのような身体的、精神的、経済的、経済的並びに社会的被害を被っているかについて把握するため、薬害肝炎原告団であり、和解した患者及び遺族に対してアンケートによる被害実態の調査を行った。（回収数：患者：880名、遺族：54名）

#### ア 患者に対する調査

- ・ 患者調査の回答者は、性別では約8割が女性で、年齢は平均53歳、40～60歳代で全体の約8割を占めた。肝炎感染の原因となった製剤は、フィブリノゲン製剤が93%、第IX因子製剤が7%であった。製剤投与理由は、「出産時の出血」63%、「外科的手術」29%、「その他」8%等であった。
- ・ 第一に、身体的被害については、現在の病期は、「無症候性キャリア」14%、「慢性肝炎」50%、「肝硬変」8%、「肝がん」2%であり、その他のうち、「インターフェロン治療後ウイルス検出されず」が23%、「インターフェロン治療を受けていないがウイルス検出されず」1%であった。調査結果からは、過半数の人が、「疲れやすい」「全身倦怠感」「嘔吐」等種々の症状を訴えていることが示された。
- ・ 第二に、精神的被害については、精神健康状態を示す12項目の尺度であるGHQ-12を用いて尋ねた結果、精神健康状態が良好でない疑いがある人は、回答者の60%にのぼった。感染直後と現在の気持ちの比較では、全項目で前向きの変化が見られたが、現在もなお回答者の6割が、「病気が進行して死ぬのが恐ろしい」と答えており、常に不

安を有していると推察される状態であった。「死への恐怖を抱えての生活が、いかに大変なものか、言葉では言い表せない」と記している人もいた。

- 以上の身体的精神的健康度を示すQOL（生活の質）の尺度であるSF36を用いて患者のQOLを測定し、国民標準値と比較した結果、身体機能、日常役割機能（身体）、体の痛み、全体的健康観、活力、社会生活機能、日常役割機能（精神）、心の健康の8項目中「体の痛み」を除く7項目で国民標準値より低値であり、QOLが低い状態であることが示された。
- 以上のような結果が示されたことは、肝炎の治療法の研究と普及、医療体制の確立がまさに急務であることを示している。
- 第三に、経済的被害については、回答者の3分の1が民間療法を含む医療費を200万円以上自己負担したと答えており、また、クロス集計から、肝炎の病期が進んだ人ほど重い医療費の負担を経験していることが示された。そうした支出増に加え、病気を理由にした離職・転職経験「あり」と答えた34%の人は、就労に影響を受け、収入の減少・中断を余儀なくされたことが推測された。「現在の暮らし向き」は、「きつい」が14%、「あまりゆとりがない」が49%で、合わせて63%であった。「意見」欄に、「23年間病気との闘いで、補償金は借金（返済）に消えた」と記している人もいた。
- 第四に、社会的被害については、感染後の経験に関する回答から、肝炎の症状を発症した患者は、体調不良を常に経験してきたが、その症状が「倦怠感」など他者からは認識し難いものであるため、周囲からの支援や配慮を受けられない状況にあった可能性が示された。前項の「離職・転職」の理由の中には、「肝炎であることが知られて居づらくなった」「会社に辞めてほしいと言われた」など、感染症に伴う理由も挙げられた。また、分析により、感染後にネガティブな身体的・社会的経験数が多い人ほど、また最近数週間に後向きな気持ちが強い人ほど、精神健康状態が悪いという結果が示された。
- 恒久対策の要望に関する12項目の選択割合は30～85%と幅があり、被害患者の状況による違いが考えられた。そこで、病期が「肝硬変・肝がん」の人と「それ以外」の人に区分して差を調べた結果、「肝硬変・肝がん」の人は、「医療費の自己負担をなくしてほしい」「介護

保険給付を受けやすくしてほしい」「障害年金を支給してほしい」等 6 項目について、それ以外の人よりも有意に高率に回答していた。この結果は、とりわけ肝硬変・肝がんの人たちの、医療・介護・福祉に対する極めて切実な要求を反映していると考えられる。治療・医療に関しては、現在無症状の人も含めて、「意見、感想等」の欄に多数の記載がみられた。

## イ 遺族に対する調査

- ・ 遺族調査の回答者は、男性 46%、女性 54%、平均年齢 62 歳であった。
- ・ 回答者と故人との関係は、妻 37%、夫 22%、子 33%、兄弟姉妹 4% 等であった。
- ・ 故人の性別は、男性 65%、女性 35%。死亡時年齢の平均は 66 歳であった。
- ・ 故人の肝炎感染の原因となった製剤は、フィブリノゲン製剤が 94%、第Ⅸ因子製剤が 4% であった。製剤投与理由は「外科的手術」76%、「出産時の出血」23% であり、前記患者本人調査の結果と大きく逆転していた。これは、遺族調査の対象となった故人が、外科的手術を受けた男性が多かったためと考えられる。
- ・ 故人の肝炎感染原因が薬害であったことを知った時期については、訴訟が準備された平成 14 年以降と回答した人が 67% に及び、また、62% が故人の死亡後であったと回答した。故人全体の 85% が 1999 (平成 11) 年以前に肝炎と診断されているが、その時期以前に感染原因を知らされたのはわずか 9% に過ぎない。これらの数字は、原因告知の遅れを如実に示している。
- ・ 故人の 51% が「主たる生計担当者」だったこと、77% が何らかの仕事を持って生計を支えていたこと等から、故人は病気を抱えながら就労していた人が多かったことが示され、それに伴う多くの困難を抱えていたことが推測された。
- ・ 回答者が故人から受けた相談と、行った支援の回答から、故人の闘病中の身体的・経済的困難の存在が伺えた。
- ・ 故人との死別直後と現在の遺族の気持ちを比較した結果、「生存中

もっと支えてあげたかった」「医療が原因で家族を亡くして無念だ」等、8項目全てで有意な変化がみられず、現在も後悔や無念さなどの気持ちが変わらない状態であることが判明した。

- ・ 患者本人と同様にGHQ-12を用いて質問した遺族の精神健康については、良好でない疑いのある人は57%であった。
- ・ 故人の肝炎感染判明後に医療現場や普段の生活の場で差別的態度の「経験あり」は10%以下であったが、闘病中に周囲が支援してくれた「経験あり」は38%であり、逆に言えば、半数以上が周囲の支援を受けられない状態であったことを示している。また、親戚・周囲の人に故人の肝炎感染を知らせるべきか「悩んだ」が16%、「病気のことに触れないようにした」が30%あり、何らかの差別不安により、支援を求めにくい状況にあった可能性がうかがえた。
- ・ 遺族の恒久対策への要望でも、「肝炎の専門病院を増やし、医療体制を確立してほしい」が63%で「薬害根絶」に続いて第2位であり、治療・医療に関しては、「意見・感想等」の欄にも多数の記載がみられた。

## ウ 調査に関する考察

- ・ 以上から、患者本人、遺族ともに、被害の可能な限りの回復を図るため、それぞれの実態に即した、保健・医療・介護・福祉・生活にわたる恒久対策の迅速な確立と実施が急がれる。また、患者・遺族調査ともに、今後に関して、「薬害を根絶し、今後絶対に薬害が起きない社会にしてほしい」という要望が首位を占めたことは、甚大な被害を受けた被害者たちの切なる声として受け止めるべきであろう。

## 第3 これまでの主な制度改正等の経過

第2において、薬害肝炎事件の経過の中から、今後の再発防止の観点から抽出される問題点を整理したが、これらの製剤をめぐる事実関係が生じた時期以降に制度改正が行われているという経過もあり、今後の再発防止策を検討するに当たっては、これまでに行われた制度改正で対応できてい

る部分を確認した上で、残された課題が何であるかを検討していくことが必要である。（ここで言う「残された課題」に、薬害肝炎事件の経過の中からは抽出されなくても、現状を踏まえ薬害再発防止の観点から対策を考えるべき事項が含まれることは言うまでもない。）

このため、ここで、これまでの主な制度改正等の経過について、簡単に整理することとする。

#### ○1967（昭和 42）年

- ・ それまでに慣行的に行われてきた承認の方針について、承認申請時の添付資料を明確にするなどの体系化等を行った「医薬品の製造承認等に関する基本方針について」（薬務局長通知）を策定。【承認審査】

#### ○1971（昭和 46）年

- ・ 薬効問題懇談会の答申を受けて、1967（昭和 42）年 9 月 30 日以前に承認された医薬品について、最新の進歩した医学・薬学の学問レベルにより、医薬品の有効性と安全性を再検討する再評価制度を開始。【再評価】

#### ○1979（昭和 54）年

薬事法改正により、以下の措置を講じた。

- ・ 医薬品の有効性及び安全性の確保を図るため、薬事法の目的規定に「医薬品等の品質、有効性及び安全性を確保する」旨を明示するとともに、新医薬品について承認から一定期間経過後に有効性等の再確認を受けることを義務付ける再審査制度を導入したほか、再評価制度の法制化や製薬企業による副作用報告の義務化など行政指導による従来の施策を徹底。【承認審査】【再評価】【市販後安全対策】
- ・ 製薬企業等に対して、病院や医師等の医療関係者等に、医薬品の有効性及び安全性に関する情報や医薬品を適正に使用するために必要な情報の提供に努めることを義務化。【医療機関における安全対策】

#### ○1988（昭和 63）年

- ・ この年以降、再評価制度については、承認時期を問わず、再評価を行う必要のある医薬品の成分を対象として再評価を実施。【再評価】

### ○1994（平成6）年

- ・ 薬事法改正により、病院や医師等の医療関係者等に対して、医薬品を適正に使用するため、製薬企業等から提供される情報の活用その他必要な情報の収集、検討及び利用を行うよう努めることを義務化。【医療機関における安全対策】

### ○1996（平成8）年

薬事法改正により、以下の措置を講じた。

- ・ 製薬企業に対して、医薬品の承認審査、再審査及び再評価にあたって、厚生大臣の定める基準に従って資料の収集等を行うことを義務化。【承認審査】 【再評価】
- ・ 製薬企業に対して、医薬品の再審査、再評価に関連するものを含め、医薬品の適正な使用に必要な情報の収集、検討を始めとする市販後調査について、厚生大臣の定める基準に従って行うことを義務化。【再評価】 【市販後安全対策】
- ・ 製薬企業に対して、医薬品による感染症等の発生及び外国で保健衛生上の危害の発生等の防止措置（製造・販売の中止、回収等）が取られた場合の報告を義務化。【市販後安全対策】

### ○1997（平成9）年

- ・ 薬事法に基づく行政措置が的確かつ迅速に行使できるよう、国内外の文献等の安全性情報等の収集方法、行政権限の発動条件、手続などを定めた「医薬品等健康危機管理実施要領」を策定。【市販後安全対策】
- ・ 医療用医薬品の添付文書の記載要領について、重要項目を添付文書の前段に配置するほか、承認に当たって試験の実施等の条件を付された場合にはその内容を記載することとするなど、医療関係者が医薬品の内容を理解しやすく、使用しやすいものとするための改正を実施。【医療機関における安全対策】
- ・ 承認審査の専門性の向上、体制の充実強化等を図るため、国立医薬品食品衛生研究所に医薬品医療機器審査センターを設置。【承認審査】
- ・ 認可法人医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構において、治験相談、承認審査資料の信頼性調査等を開始。【承認審査】

## ○2000（平成12）年

- ・ 新医薬品には、承認前に予測できない副作用等が発現するおそれがあることなどから、厚生省令改正により、製薬企業に対して、新医薬品の販売開始直後6か月間、医療機関に対して適正な使用を繰り返し促すとともに、重篤な副作用等を可能な限り迅速に把握し、必要な安全対策を講ずることを義務化。（市販直後調査）【市販後安全対策】

## ○2002（平成14）年

薬事法改正により、以下の措置を講じた。

- ・ 製薬企業に対して、承認医薬品について、不活化処理の方法等の医薬品の品質に影響を与える事項の変更について、承認を受けることを義務化。【承認審査】
- ・ 不活化処理の方法等の医薬品の品質に影響を与える事項の変更を未承認で行った場合など、薬事法上の重大な違反行為に対して、いわゆる法人重罰規定を整備し、法人に対して1億円以下の罰金刑を科する等の規定を新設。【市販後安全対策】
- ・ 市販後安全対策の充実と企業責務強化の観点から、製薬企業に対して、医薬品の使用により保健衛生上の危害が発生又は拡大するおそれがあることを知ったときは、これを防止するために廃棄、回収、販売停止、情報提供その他必要な措置を講ずることを義務化。【市販後安全対策】
- ・ 製薬企業に対して、感染リスク等に対応した安全対策を講ずるために高度な製造工程管理が必要とされる生物由来製品については、製造所における構造設備や製造管理・品質管理の方法に関し、通常 of 医薬品の製造基準に加えて、厚生労働省令に定める付加的な基準に適合すべきことを義務化。【承認審査】
- ・ 生物由来製品について、最新の科学的知見を安全対策に反映させるため、製薬企業に対して、最新の論文等により得られる知見に基づく製品の評価を行い、定期的に厚生労働大臣に報告を行うことを義務化。（感染症定期報告制度）【市販後安全対策】
- ・ 病院や医師等の医療関係者等に対して、医薬品の副作用等や感染症の発生を知った場合において、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するために必要と認めるときに、厚生労働大臣に報告することを義

務化。【市販後安全対策】

- ・ 厚生労働大臣が、毎年度、国に対して行われる感染症定期報告、副作用等の報告及び医薬品回収の報告の状況について薬事・食品衛生審議会に報告し、必要があると認めるときは、その意見を聴いて、医薬品の使用による保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するために必要な措置を講ずることを制度化。【市販後安全対策】
- ・ 医師等の医療関係者に対して、血液製剤等の特定生物由来製品の使用にあたって、製剤の安全性と有効性（いわゆるリスクとベネフィット）について患者に説明を行い、理解を得るよう努めること（いわゆるインフォームド・コンセント）を義務化。【医療機関における安全対策】
- ・ 血液製剤について、採血国及び献血・非献血の別の表示を義務化。【市販後安全対策】 【医療機関における安全対策】
- ・ 血液製剤等の特定生物由来製品について、感染症等が発生した場合の遡及調査のため、医療機関において当該製品の使用記録を 20 年間保管することを、製薬企業において製造記録、販売先記録等を 30 年間保管することを義務化。【市販後安全対策】 【医療機関における安全対策】

#### ○2003（平成 15）年

- ・ 2002（平成 14）年薬事法改正の附帯決議に基づき、血液事業を定期的にチェックし、緊急時には迅速に対応できるよう、薬事・食品衛生審議会血液事業部会の下に、血液製剤を使用する患者の代表、医療関係者等血液事業に専門的知見を有する者で構成される運営委員会を設置。【市販後安全対策】

#### ○2004（平成 16）年

- ・ 日米間で、医薬品の情報共有に関連するルールを整備すること（覚書）により、医薬品の承認審査から市販後安全対策等に至るまで、海外から医薬品情報の収集等を行う体制を強化。【承認審査】 【市販後安全対策】
- ・ 国立医薬品食品衛生研究所医薬品医療機器審査センター及び認可法人医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構を廃止した上で、これら



の業務を統合し、更なる審査、安全対策の充実強化を図るため、新たに独立行政法人医薬品医療機器総合機構を設置。【承認審査】【市販後安全対策】

#### ○2006（平成18）年

- ・ 医療法改正により、病院等の管理者に対して、医薬品安全管理責任者の配置、従業員に対する医薬品の安全使用のための研修の実施、医薬品の安全使用のための業務手順書の作成、医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集等を義務化。【医療機関における安全対策】
- ・ 薬事法改正により、一般用医薬品の販売に当たり、リスクの程度に応じた専門家による情報提供等を行う新たな制度を導入。（2009（平成21）年6月から施行）【市販後安全対策】

#### ○2007（平成19）年

- ・ 日EU間で、医薬品の情報共有に関連するルールを整備すること（覚書）により、医薬品の承認審査から市販後安全対策等に至るまで、海外から医薬品情報の収集等を行う体制を強化。【承認審査】【市販後安全対策】

### 第4 薬害再発防止のための医薬品行政等の見直し

第2において整理したとおり、薬害肝炎事件の経過からは様々な問題点が抽出される場所であるが、医薬品行政に係る当時の制度（薬事法等に基づく直接的な法規制のみならず、組織、職員の業務状況・組織文化、医療従事者・製薬企業との関係等、本提言に含まれる幅広い論点を念頭に置いた広義のものをいう。）に不備があったほか、制度のよりよい運用がなされていれば、被害の拡大の防止につながっていたことが想定される。第3において整理したとおり、累次の制度改正が行われてきていることを確認した上で、二度と薬害を起こさない、不幸にも薬害が起きたとしても、患者・被害者、厚生労働省・総合機構、製薬企業、医療従事者すべての利害関係者が信頼感を失うことなく、問題解決に当たるという固い決意に基づき、薬害の再発防止のための医薬品行政等の抜本的見直しについて、以

下のおり提言する。なお、本委員会の第一次提言等を受けて開始された各種研究（厚生労働科学研究）も進行しており、その結果も受けながら、本提言の実現の確認を行う必要があると考える。

また、本提言においては、過去の薬害事例にも照らし、医薬品関連の健康被害について、関係者の法的責任にかかわらず、再発防止のためにできる限り幅広く取り扱うという認識の下、「薬害」という言葉をとらえている。

## （１）基本的な考え方

### ① 医薬品行政に携わる者に求められる基本精神及び法の見直し

- ・ まず、強調されるべきことは、医薬品行政（国、総合機構、地方自治体）（注）に携わる者の本来の使命は国民の生命と健康を守ることであり、命の尊さを心に刻み、高い倫理観を持って、医薬品の安全性と有効性の確保に全力を尽くすとともに不確実なリスク等に対する予防原則に立脚した迅速な意思決定が欠かせないことを改めて認識する必要がある。

（注）以下、本報告書においては、医療機器も含めて医薬品行政あるいは医薬品の安全性・有効性といった表現をとっている。

- ・ 現在の医薬品行政は、ともすれば、医薬品という製品を通じた規制に偏りがちであるが、医薬品は医療の場で適切に使用されてこそ、その役割を果たすものである。したがって、医薬品行政に携わる者は、医師、薬剤師等の医療関係者が果たすべき役割や患者の現在置かれている状況等を十分に理解し、医療関係者や研究者等と密接に連携して、職務を遂行することが必要である。
- ・ 副作用等の分析・評価の際には、先入観を持たず、命の尊さを心に刻み、最新の科学的知見に立脚して評価にあたることが重要である。さらに、医学・薬学の進歩が知見の不確実性を伴うことから、患者が健康上の著しい不利益を被る危険性を予見した場合には、予防原則に立脚し、そのリスク発現に関する科学的仮説の検証を待つことなく、予想される最悪のケースを念頭において、直ちに、医薬品行政組織として責任のある迅速な意思決定に基づく安全対策の立案・実施に努め

ることが必要である。特に、患者の健康上の不利益が非可逆的と予想される場合には、ここで挙げた迅速な対応は、組織として確実に行われなければならない。

- 安全対策に関わる情報の評価と対策の実施に当たっては、①薬害は、最新知見が不足して起きたというより、既に製薬企業や行政が把握していたリスク情報の伝達が十分に行われてこなかった、あるいはリスク情報の不当な軽視により、適切な対応・対策がとられなかったことによって発生する場合があることや、②入手していた情報の評価を誤り、行政が規制するという意思決定を行わなかったことに本質的な問題がある場合があることに留意して、業務を遂行すべきである。
- 以上の基本精神に基づき、医薬品行政に携わる国、総合機構、地方自治体や医師、薬剤師、歯科医師等の医療関係者の薬害再発防止のための責務等を明確にすることは不可欠であり、薬事法に明記する等の薬事法の見直しを行うべきである。また、見直しに併せて薬事法第一条（目的）の「品質、有効性及び安全性の確保」を「安全性、有効性及び品質の確保」に変更すべきである。

## ② 医薬品行政に係る行政機関の体制とこれに携わる人材の育成

### ア 体制の強化

- 薬害の問題については、これまでに経験したことがない未知の問題が将来的に発生する可能性が否定できず、また、不確実な情報をもとに対応を迫られる場合もある。薬害発生の防止のためには、このような場合にも、未知の問題が発生する可能性を十分認識し、適切な評価・分析及び予防原則に立脚した施策の提言を客観的に行うことができる組織文化の形成に努めなければならない。
- そのためには、国民の生命及び健康を最優先にするとの立場に立った上で、医薬品行政の信頼回復のために、将来にわたる人材育成と組織及び活動に対する全過程において透明性が確保できるシステムを構築することが急務である。
- とりわけ治療法のない疾病に対する医薬品の開発等については、国民・患者のニーズに基づいたものであるべきであることから、未承認

薬等に係る治験等の開発、審査、安全性確認のプロセスについて、患者を含む国民が確認できるような透明な医薬品行政の体制を整備すべきである。また、業務量に見合った人員の確保と適切な配置が必要である。

- 医薬品の承認審査に関わる医薬品行政の体制については、審査の迅速化・質の向上を目指し、2007（平成 19）年度から総合機構の新医薬品の審査人員を倍増し、約 500 人とする体制強化が進められているが、現状においては業務量に比して、なお、人員が不足し、特に医療現場を知る医師の不足は深刻である。審査の迅速化を図ることは必要であるが、総合機構が掲げる審査期間の短縮目標は、現状においては、審査担当職員の長時間労働を前提として成り立っていると看做ざるを得ず、人材育成を図りつつ、その進捗状況に見合った対応が行われるべきである。
- 医薬品の安全対策に関わる医薬品行政についても、2009（平成 21）年度に当面 100 名が増員されることとなったが、安全性に関する情報の分析・評価等の充実・強化や、新たな分析・評価手法及びリスク管理手法の導入、リスクコミュニケーション促進のための諸施策を実施するためには、現状では業務量に比してなお人員が不足しており、安全対策に係る人員の緊急かつ大幅な配置が必要である。
- また、諸外国の製造施設に対しても十分な GMP 調査等を実施するためには、総合機構の品質管理部（現在 28 名）への人員の配置も不可欠である。
- そして、緊急の安全対策等の危機管理や、企画立案を担う厚生労働省の増員が十分になされていないなど、引き続き、求められる対応に応じた適切な人員配置がなされる必要がある。
- 現在、国と総合機構等の人員増等が進められているが、治療に必要な医薬品等を患者に早期に届けるための承認審査の迅速化や、薬害肝炎を含めた過去の薬害事件に対し、国が十分反省した上での再発防止のための拡充であって、組織の拡大と組織益のためのものではないことを、組織全体で認識しなければならない。
- 医薬品行政の第一線の現場において医薬品の安全性と有効性を確保するための幅広い指導等は不可欠であり、実際に医療施設（病院、薬局等）及び医薬品販売業者での麻薬、向精神薬を含む全ての医薬品等

の取扱い（適応外使用を含む。）、医薬品製造業者でのGMP調査、安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律に基づく原料確保その他各種業務等の役割を担う地方自治体における薬事監視員、医療監視員等の人員確保等の体制整備（地方自治法に基づく地方交付税の算定・人員の見直し等）が必要である。

- ・ もとより、単に人数を増やすということだけではなく、国民の生命及び健康を守るために意欲を持って働くことのできる倫理観を持った質の高い人材を確保、育成し、また、そこで働く人材が国民のために働けるような良好な環境を整備することが喫緊の課題である。そのためには、職員のモチベーションの向上・維持にも考慮し、また、国・総合機構の専門性を損なうことのないよう、人事異動システムや人員配置の見直しが行われるべきである。

## イ 人材の育成・確保の在り方

- ・ 副作用等報告の分析評価や、安全対策措置の実施に当たり、医学、薬学、統計学等の専門性が必要であることは言うまでもないが、これに加え、科学、社会全般に関する広い視野や最新の知見、人の生命及び健康に直接関わる業務を担っているという高い倫理観が求められる。また、安全対策の担当者が、医療現場などで患者に直接接触すること等により、現場感覚を養うことが重要である。

このため、こうした資質を備える人材の育成や研修の方策について検討するとともに、医療現場や大学等との人事交流や幅広い人事ローテーションを実施することが必要である。特に、薬剤疫学や生物統計学など医薬品評価の専門家を育成するために必要な大学の講座を増やす必要性もある。

- ・ また、国民に対して安全で有効な医薬品を提供していくためには、承認審査・安全対策等を担当する厚生労働省・総合機構のみならず、医薬品の研究開発・製造・流通・使用に関わる教育機関・企業・医療機関などを含め、すべての関係者の資質の向上が不可欠となる。
- ・ このため、同じ目的と使命感に立った上での人材の活用が重要であり、公平性・中立性・透明性の確保を大前提に、これら関係分野と厚生労働省・総合機構との人事交流や就業制限などの在り方を常に点検

し、必要な見直しを行うべきである。

ただし、厚生労働省、総合機構における製薬企業出身者の活用や人材交流や就業制限などの在り方については、これまでの薬害事件の経緯等を踏まえた慎重な検討と対応が必要である。

- ・ 今後の組織の在り方については、第5において改めて述べることにするが、どのような組織形態であろうとも、そこで働く職員の資質の確保、能力を発揮できる環境の確保が必要であることは共通の課題であると言える。

### ③ 薬害教育・医薬品評価教育

- ・ 大学の医学部・薬学部・看護学部教育において、薬害問題や医薬品評価に関して学ぶカリキュラムがないか少ないため、関係省と連携してカリキュラムを増やすなど、医療に従事することになる者の医薬品に対する認識を高める教育を行う必要がある。
- ・ 具体的には、医学部・薬学部・看護学部におけるコアカリキュラムや、国家試験の問題作成基準の見直しを含めた検討を行うべきである。
- ・ 医師、薬剤師、歯科医師、看護師となった後、薬害事件や健康被害の防止のために、薬害事件の歴史や健康被害、救済制度及び医薬品の適正使用に関する生涯学習を行う必要がある。
- ・ また、薬害事件や健康被害の防止のためには、専門教育としてだけでなく、初等中等教育において薬害を学ぶことで、医薬品との関わり方を教育する方策を検討する必要があるほか、消費者教育の観点から、生涯学習として薬害を学ぶことについても検討する必要がある。このため、学習指導要領に盛り込まれるよう関係者が努力すべきであり、また、例えば、学校薬剤師等による薬物乱用対策等の教育活動等も参考にしつつ、各種メディアの活用なども含めた、医薬品教育への取組を行うこと等を関係省で連携して検討すべきである。

### ④ 薬害研究資料館の設立

- ・ すべての国民に対する医薬品教育を推進するとともに、二度と薬害を起こさないという行政・企業を含めた医薬関係者の意識改革にも役

立ち、幅広く社会の認識を高めるため、薬害に関する資料の収集、公開等を恒常的に行う仕組み（いわゆる薬害研究資料館など）を設立すべきである。

- ・ また、被害者が人生をよりよく生き抜くことができるよう、健康状態に関する長期的な調査研究といったフォローアップを検討することが必要である。

## ⑤ 専門家の育成と薬剤疫学研究等の促進

- ・ 医薬品評価等の専門家を育成し、関連する研究を促進するための大学の講座や専門大学院が増設されるべきであり、厚生労働省は文部科学省とともに協力して、関係各教育機関の理解と協力を得るよう努めるべきである。
- ・ とりわけ医薬品の安全性、有効性の検証等を行う薬剤疫学研究に関する講座を増やし、研究と人材育成の基盤を醸成することは焦眉の課題である。
- ・ また、薬剤疫学的研究を促進するため、財政的基盤の整備と支援が必要である。政府からの多額の資金援助や企業からの拠出金によって「公的基金」を創設して研究の促進に役立てている諸外国の例なども参考に、公的資金やその他の中立的な研究資金の確保及び研究資金の配分を行い、必要に応じて企業から独立して実施される仕組みを検討する必要がある。

## （２）臨床試験・治験

### ① GCP調査

- ・ 治験は、医薬品の開発の最終段階において、その医薬品の安全性と有効性についての臨床的なエビデンスを収集するものであり、そのエビデンスの信頼性を確保するため、「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」に基づく調査が医薬品の承認審査に併せて総合機構職員により行われている。

- ・ 治験の実際業務を製薬企業から請け負う専門機関である開発業務委託機関（CRO）の作成する臨床的なエビデンスの信頼性や中立性・公平性を確保するため、GCP調査の更なる厳格化を求めるべきである。

## ② 被験者の権利保護・救済

- ・ 厚生労働省が告示する「臨床研究に関する倫理指針」において、研究者の研究計画の公表（UMIN等のデータベースへの公表責務）、研究者が被験者の補償のために保険の加入等必要な措置を講ずること、倫理審査委員会に関する情報の報告及び公開等の遵守事項が2009（平成21）年4月から新たに課せられている。これらが医療現場において適切に実施されるかを検証し、被験者の保護が確保されるよう、必要な制度上の検討も継続して行うべきである。

また、治験以外の臨床試験と治験を一貫して管理する法制度の整備を視野に入れた検討を継続すべきである。その際、被験者の人権と安全が守られることは絶対条件であるため、被験者の権利を明確に規定すべきである。

- ・ 治験及び臨床試験は、ヘルシンキ宣言にいう「人を対象とする医学研究」であるから、いずれの試験においても、被験者の健康被害の救済が適切に行われるべきである。

## ③ 臨床研究（臨床試験を含む。）

- ・ エビデンス収集のための臨床研究が倫理的に問題なく実施できるような制度の整備を進めることが必要である。
- ・ 臨床における研究に関する情報は、公共の財産とも言うべき側面があり、公正さを確保するためにも、登録と積極的な情報公開が求められている。登録の義務付けや登録内容と開示範囲の一層の拡大が必要である。
- ・ 我が国では、製薬企業による治験以外の医師主導型の治験や臨床研究に対し、十分かつ適切な資金配分が行われていないという現状がある。諸外国の例も参考に、政府による臨床研究に対する財政支援を増



大きせる必要があり、特に、希少疾病に関する研究については、薬剤疫学研究等の促進とともに、公的基金の設立による支援が検討されるべきである。

- ・ 臨床研究における研究者と企業の契約においても、適正な研究が実施され、公表されると同時に、研究者の権利が保護される方策を検討する必要がある。
- ・ 治験に関わる医薬品開発に対する相談やガイドラインの提供により、開発者や試験実施者のあるべき姿を示し、規制を遵守した適正かつ迅速な開発を行うよう厚生労働省・総合機構においても積極的な指導を行うべきである。

### (3) 承認審査

#### ① 安全性、有効性の評価

- ・ 承認申請に当たり、安全性と有効性に関する質の高いエビデンスが要求されるようになっており、審査の質を確保するため、現在の審査体制（厚生労働省、総合機構、地方自治体）について、現状を十分に評価した上で必要な審査員の増員と研修等による資質の向上に一層努めるべきである。
- ・ 承認条件を付すにあたっては、内容、期間等を明確にし、調査等を企業に指示する場合、調査等の目的が正確に伝わり合理的な計画が策定されるよう、指示内容及びその根拠を公表し、企業の実施状況についても公表すべきである。可及的速やかに承認条件に基づく調査・試験を実施し、その結果を速やかに提出することを厳格にする必要がある。また、提出された情報の評価やそれに基づく措置を迅速に行い、公表する必要がある。
- ・ 承認後、承認に必要な要件に変更があり、承認内容を見直す必要がある場合には、再評価等の措置を講ずるべきである。

#### ② 審査手続、審議の中立性・透明性等

- 承認審査の透明性を図るため、薬事・食品衛生審議会での承認に係る審議や資料を公開することを含め、審議会の公開等の在り方を見直すべきである。必要に応じ、サリドマイドの再承認に際し、承認前に審査報告書等を公開してパブリックコメント募集手続を行い、安全管理方策については、公開の検討会で審議した例にならって、より積極的な公開手続を組み入れるべきである。
- 一方、承認審査の専門性を高め、効率的な承認手続とすること等により、医療上必要性が高く、十分なエビデンスの備わった医薬品が迅速に承認されるようにすることが必要である。その際に、総合機構での審査終了から厚生労働省での審議会等の手続に要する期間の短縮についても考慮すべきである。
- なお、審議会については、第三者が参加して審議を行い、議事録が公開されるという点で、薬害防止と透明性の確保における一定の役割があるとして評価する見解がある一方、現状においては限られた時間内で多くの案件を審議するために十分な役割を果たしておらず、審議会手続のために迅速な承認が妨げられているとして存在意義を問う意見もある。これらの意見を踏まえ、承認手続における審議会の必要性の有無やその在り方については、引き続き検討を行うことが必要である。
- 一回の審議会で多くの医薬品の審議が行われることがあるが、委員が十分に資料を吟味して出席できるような措置を講ずるべきである。
- 審議会における委員（臨時委員等を含む。）、総合機構の専門協議における専門委員については、審議の中立性、公平性及び透明性を図る観点から寄附金・契約金等の受領と審議参加に関するルールが定められている。さらに、ガイドラインの作成等を学会に依頼する際においても、学会において同様の対応が十分に行われているかという観点からの検討を促す必要がある。
- 承認審査段階で提出される学会・患者団体等からの要望についても、利益相反の視点を考慮する必要がある。
- 審議会及び総合機構の役割、審議会委員及び総合機構の専門委員の役割の違いの明確化や重複に関して検討するとともに、審議会の在り方を見直し、迅速かつ質の高い審査等の体制を検討すべきである。
- 総合機構においても、判断に対する申請者の異議申立てや不満等に

も対応する現行の苦情処理等の体制の在り方について検討を行うなど、承認審査の透明性を高めることが必要である。さらに、審査が遅延した場合には、その理由を明確にすることを検討すべきである。

- ・ グローバル化が進む中で、命に地域格差があってはならず、承認時期に係る国内外の差の早急な解消を目指す取組は、患者が強く望むところである。一方、国際共同治験や外国データの活用も進む中でも、民族差などにより、我が国において適切な用量の設定が必要となる場合もあるなど、慎重な審査等も求められる。さらに、主要製品に係る物質特許が切れるという、いわゆる 2010 年問題による新薬申請の増加が見込まれるという状況も指摘されている。これらの要因により、承認審査の迅速化を求められる状況においても、薬害再発を招くようなことがあってはならず、承認の可否に予断を持たず、科学的な判断を基礎とし、治験、審査の集中かつ慎重な実施が求められるべきである。そのために、審査等を担当する厚生労働省・総合機構の人的資源の確保は重要である。
- ・ 不承認又は審査中に企業が申請を取り下げた医薬品に関する情報が明らかとなるような方策も、関係企業の協力を得ながら、検討すべきである。

### ③ 添付文書

#### ア 添付文書の在り方

- ・ 添付文書は、薬事法上作成が義務付けられた、製薬企業が最新の知見を医療現場に情報伝達する最も基本的で重要な文書であることから、欧米の制度も参考に、承認の対象とするなど承認時の位置付けを見直し、公的な文書として行政の責任を明確にするとともに、製薬企業に対する指導の在り方について検討すべきである。製薬企業には承認審査時点以降も、必要に応じ速やかに、かつ、定期的に最新の知見を添付文書に反映することを義務付けるとともに、安全対策にとって重要な内容を変更する場合には、承認時と同様に、迅速性の確保にも留意しながら改訂方法などを見直し、行政が定めた基準に基づき事前に確認手続を行うことを義務化すべきである。

また、医療現場に対する注意喚起の機能を十分に果たしていないという指摘もあることから、添付文書の記載要領の見直しのみならず、改訂情報の周知を迅速に行うことができるよう、様々な情報提供の手段を活用すべきである。

## イ 効能効果（適応症）の設定

- ・ 効能効果（適応症）は治験その他の安全性と有効性に係るエビデンスから科学的に許容される範囲で設定されるべきものであり、過去にその不明確さが科学的な根拠のない使用を誘発して薬害を引き起こしたとされる観点からも、効能効果の範囲は明確に記載すべきである。

## ウ 適応外使用

- ・ 医薬品は本来薬事法上承認された適応症の範囲で使用されることが期待されているが、個々の診療において適応外使用が少なくない状況にあり、その理由や臨床的な必要性、安全性と有効性のエビデンスの水準も、不可避的なもの又はエビデンスが十分あるものから、そうとは言えないものまで様々である。
- ・ 不適切な適応外使用が薬害を引き起こした教訓を踏まえ、エビデンスに基づき、患者の同意の下で、真に患者の利益が確保される範囲においてのみ適応外使用が実施されるべきである。これについては、医療の緊急性に則し、最新のガイドラインの作成・更新により、実施されるべきであることから、個々の医師・医療機関の適切な対応に期待するだけでなく、学会や行政における取組が強化されるべきである。
- ・ 上記のような臨床上の必要性があり、安全性と有効性に関する一定のエビデンスが備わっている適応外使用については、患者の意思と医師の判断によることは当然として、速やかに保険診療上認められる仕組みを整備するとともに、最終的には適切な承認手続の下で、承認を得られるように体制を整備し、製薬企業はもとより、国、学会が積極的な役割を果たすべきである。
- ・ 同時に、使用実態に基づく患者や医療関係者からの要望を把握し、

医療上の必要性が高いものについては、届出・公表等による透明性を確保し、承認に向けた臨床試験の実施に対し、必要な経済的支援を行うべきである。

- ・ また、医療上の必要性が高く、既に十分なエビデンスがあつて、新たに臨床試験を実施する必要性がない場合には、患者の当該医薬品へのアクセスが遅れることがないように、上記の医療保険上認められる仕組みや、医学薬学上公知のものとして、承認申請を速やかに行う等の柔軟な対応も併せて検討すべきである。
- ・ その際、薬害防止の観点からリスク管理を行うことが重要である。明らかに不適切な適応外使用を防ぎ、また、後日安全性・有効性の評価・検証を可能とするためには、使用実態を把握し、収集されたデータを活用可能としておく必要があることから、例えば、医療関係データベースを活用した体制の整備も検討すべきである。

#### ④ 再評価

- ・ フィブリノゲン製剤の再評価においては、試験を待つことなどにより公示決定が遅れたことから、厚生労働省は、指示した試験が終了しなければ結果を出さない現行の運用を改め、調査・試験結果の提出期限や内示後の製薬企業の反証期間に期限を設定すべきである。
- ・ 厚生労働省は、必要な試験結果が提出されずに再評価開始から一定期間経過した場合には、自動的に効能効果等を削除すべきである。
- ・ 欧米の制度等を参考に、添付文書や必要な承認に係る内容が最新の科学的な知見に基づき、定期的に見直されるような制度を新たに構築すべきである。
- ・ 厚生労働省は、副作用・感染症報告、文献報告等を起点として、効能効果等の承認内容の変更や必要な試験の実施を製薬企業に指示する手続等を明確化すべきである。なお、調査等を企業に指示する場合、調査等の目的が正確に伝わり合理的な計画が策定されるよう、指示内容及びその根拠を公表し、企業の実施状況についても公表すべきである。

#### (4) 市販後安全対策等

医療現場における安全対策を製薬企業に任せるだけでなく、行政が、必要に応じて医療現場での対応を確認しつつ、緊急時に適切な対策が行うことができるようにすることも含め、次のような対応を検討すべきである。

##### ① 情報収集体制の強化

- ・ 医療機関からの副作用等報告について、報告方法のIT化の推進、報告者の負担軽減、報告者へのインセンティブの付与（報告された情報の早期のフィードバック、報告事務の軽減等）等により、その活性化を図るべきである。
- ・ 「患者からの副作用報告制度」（患者からの副作用に関する情報を活かせる仕組み）を創設すべきである。
- ・ また、おくすり相談の充実を図るとともに、相談から得られた情報も安全対策に活かせる仕組みを工夫すべきである。なお、その場合には、分析・評価に必要な診療情報が得られていない場合も想定されることから、当該情報の分析評価に必要なより詳細な診療情報の入手方法についても検討すべきである。
- ・ 行政の外国規制当局との連携については、米国FDAや欧州医薬品庁（EMA）に駐在職員を派遣等するなど、リアルタイムでより詳細な情報収集や意見交換が可能な体制を整えるべきである。
- ・ 行政の取組として、国内外の副作用・感染症を把握する仕組みの構築が進んでいるが、さらに国際連携の強化を図るため、報告データの標準化による交換を促進し、外国規制当局やWHOにおける国際的な副作用情報の収集とその有効活用を推進すべきである。
- ・ 医療機関からの副作用等報告のうち、例えば、死亡・重篤症例の報告については、個人情報の保護等に配慮しつつ、行政から当該症例に関わる医療関係者への直接の照会等の必要な調査を実施できる体制を整えるべきである。
- ・ 医薬品の副作用・感染症、医療機器の不具合・感染症、医療現場におけるヒヤリ・ハット事例等については、相互に関連する場合もあることから、米国のMedwatchのように、医療における安

全性情報として一元的に収集し、評価され、対策に結びつけるシステムも将来的な課題とすべきである。

## ② 得られた情報の評価

### ア 評価手法の見直しと体制の強化

- ・ 医薬品の分野ごとの特性に合わせ、承認審査時と市販後の安全性情報を一貫して評価できる薬効群ごとの医学・薬学・薬剤疫学・生物統計学等の専門職からなるチーム制による分析・評価体制を構築する。
- ・ チーム体制における情報の伝達、評価のプロセスを明確化し、その実効性の評価を行うべきである。
- ・ 副作用等のシグナルの検出の迅速性、報告症例全体に対する網羅性を向上するため、諸外国の例を参考に、データマイニングの実装化を推進し、随時改善を図るべきである。
- ・ ファーマコゲノミクスの市販後安全対策への利用について、実用化をめざし、調査研究を促進すべきである。副作用発現リスクの高い患者群の検知等のため、多角的・横断的な分析・評価を体系的、恒常的に実施する必要がある。

### イ 体制の強化と予防原則に伴う措置

- ・ 副作用等のリスクをより迅速に検出し、安全対策につなげるための取組を強化する必要がある。新たな行政的なリスク管理手法として、予防原則に基づき、因果関係等が確定する前に、安全性に関わる可能性のある安全性情報を公表し、一層の情報収集を行うとともに、製品回収等の緊急措置を行う等の対応を行う体制の強化を図るべきである。
- ・ それに対応して、医薬品行政においても、医薬品の分野ごとの特性に合わせ、医学・薬学・薬剤疫学・生物統計学等の専門職からなるチーム制をとり、予防原則に基づくリスクの管理体制を構築すべきである。

## ウ 新たなリスク管理手法の導入

- 開発段階から、市販後に想定されるリスクを特定し、特別な懸念があれば市販後においてどのような安全性確保の措置や計画が必要かを検討する仕組みが必要であり、欧米における制度を参考に、「リスク最小化計画実施制度」（仮称）を速やかに導入すべきである。また、ICH-E2Eガイドラインに沿って、「リスク最小化計画実施制度」（仮称）に加え、「医薬品安全性監視の方法」を取り入れた「医薬品リスク管理（リスクマネジメント）」を適切に実施すべきである。
  - － 具体的には、承認審査の段階から、企業に対し、市販後のリスク管理の手法等を定めた計画の提出を求め、承認後に適切な実施を求めるとともに、その後も当該計画の必要な見直しを行うことを基本とし、承認時にその重点項目等の内容を公表するとともに、その後の経過を公表する。
  - － 計画の策定にあたっては、ICH-E2Eガイドライン別添「医薬品安全性監視の方法」に示されているような薬剤疫学的手法を取り入れた安全性監視の方法において、特定されたリスクに応じて最も適切なもの（比較対照の設定を考慮することが重要）を選択することが重要である。
  - － そのためには、薬剤疫学の専門家が不足する総合機構の現状にかんがみ、公正な第三者の立場にある専門家が参加する外部専門家による委員会において透明性を確保しながら、適切な計画のアドバイスをする等の方法も検討されるべきである。
- 本制度におけるリスク管理手法には、市販後調査の実施、添付文書を始めとする情報提供の徹底、販売制限等の種々のものがあるが、それぞれの医薬品、適応症、対象集団や取り組むべき課題の特性に応じて、適切な手法を組み合わせる必要がある。
  - － 例えばサリドマイドのように、厳格なリスク管理が必要とされる医薬品については、処方医、薬剤師、当該医薬品を投与される患者及び薬剤管理者を製造販売業者等に登録し、安全対策の実施状況を一元的に管理し、評価・改善するシステムを構築する。
- なお、本制度は、まず新薬をその対象とするほか、既承認薬につい



ても、必要に応じて対象とできるようにする必要がある。

- ・ 薬剤疫学的手法は、企業のみがその実施主体ではなく、中立的なアカデミア（研究者、学会等）等の協力により実施する研究もあることを認識する必要がある。
- ・ このような管理手法に対応し、製薬企業においても自発的に適切な安全性情報の収集・評価を行い、予防原則に基づき、より一層効果的かつ迅速に安全対策を講ずる体制を確保すべきである。

## エ 電子レセプト等のデータベースの活用

- ・ 諸外国の活用状況等を調査の上、薬害発生防止に真に役立つものとなるよう、行政においても、個人情報の保護等に配慮しながら、電子レセプト等のデータベースを活用し、副作用等の発生に関しての医薬品使用者母数の把握や投薬情報と疾病（副作用等）発生情報の双方を含む頻度情報や安全対策措置の効果の評価のための情報基盤の整備を進めるべきである。
- ・ このような、膨大で多様な安全性情報を医学・薬学・薬剤疫学・生物統計学・情報工学等の専門家が効率的・効果的に活用できるよう、組織・体制の強化を図るとともに、電子レセプト等のデータベースから得られた情報を活用し、薬剤疫学的な評価基盤を整備することが必要である。
- ・ レセプトデータベース等の電子的な医療関連情報をリスク管理の目的で活用する場合において、患者及び医療関係者ともに安心し、これらの情報が効果的に活用されるようにするため、個人情報保護を含めて、倫理的な取扱いに関するガイドライン等を整備すべきである。
- ・ 今後保険者等から提出される電子レセプトにより構築される電子レセプトデータベースについては、匿名化を行い個人情報の保護等に配慮しつつ、安全性目的での調査研究のための行政や研究者のアクセスを可能とするとともに、当該目的によるデータの提供等について、医療保険の関係者等の協力を促す必要がある。
- ・ また、異なる情報源からのデータがリンク可能となりかつデータのバリデーションが可能となるような仕組みがない限り、その有用

性は極めて限定的なものになるため、十分な倫理的配慮を行った上で、関係者との協力の下で、個人識別子などを用いて、電子カルテ等のデータへのリンクを可能とし、高度な分析への活用を可能にするための検討も行う必要がある。

### ③ リスクコミュニケーションの向上のための情報の積極的かつ円滑な提供と患者・消費者の関与

- ・ 患者に対する副作用情報の普及・啓発や適正使用の推進のため、国、医療関係者、産業界が、情報提供に関する要請に応え、それぞれの役割に応じて、患者向け情報提供資材の充実を図るなど、患者とのリスクコミュニケーションを円滑に実施する体制を構築すべきである。
- ・ また、患者からの副作用報告制度を創設し（再掲（４）①）、この制度の下で得られる情報を安全対策に生かすとともに、おくすり相談で得られる情報も安全対策に活用すべきである。
- ・ F D A のオンブズマン制度部のように、国民の声を行政に反映する機能として、「苦情解決部門」を設置すべきである。
- ・ 行政においては、現在情報提供している「緊急安全性情報」、「医薬品・医療機器等安全性情報」等を全面的に見直し、医療機関が提供される情報の緊急性・重大性を判別しやすくする方策を進めるべきである。同時に、これらの安全性情報に関する行政通知について、国から都道府県に対して通知するのみならず、国民に対するメッセージも含めた情報提供の在り方を検討すべきである。
- ・ 医薬品について問題が生じる可能性がわかったときに、予防原則に立脚して、グレー情報の段階においても、市民や医療関係者に積極的に伝達する姿勢が重要であり、早期リスクコミュニケーションのためのウェブサイトを作成してグレー段階の情報を提供するなど、新たなシステムを創設すべきである。
- ・ 行政においては、製薬企業や医療機関等から行政に報告された副作用情報や使用成績調査等のデータについて、匿名化を行い個人情報の保護等に配慮しつつ、利用者がアクセスし、分析が可能となるよう整備すべきである。

- ・ 薬害肝炎事件では、418名の症例一覧表を含む資料の取扱いや青森での集団感染発生時の文書作成や保存の不備等により、事実確認できない等の国の文書管理の不手際があり、文書管理等の徹底が求められる。また、副作用報告書等については、電子的な記録としてより長期間保管できる体制を整備すべきである。
- ・ 行政においては、患者の安全に資するため、一定の医薬品については、専門性を持った医師や薬剤師が適切に関与し、患者への説明と同意等が徹底されるような方策を講ずるべきである。
- ・ 国民や医療関係者に対するより効果的な情報伝達の方策に関する調査研究を実施し、具体的な方策を検討すべきである。
- ・ 副作用疾患に着目した情報の発信など、更なる多面的な患者向けの情報発信方策について検討すべきである。
- ・ 最新の情報（副作用等に関する最新知見）や採るべき安全対策措置について、製薬企業等から医療機関の安全管理責任者等への情報提供が強化されるとともに、医療機関においても最新の情報等が臨床現場まで徹底して伝達される院内のシステムが構築されるよう行政が指導すべきである。
- ・ 製薬企業が医療機関等に対して確実に情報を伝達しているかなど、企業における安全対策措置の実施状況を確認すべきである。
- ・ 安全対策措置をとった際の根拠やその経緯を文書として取りまとめて公表することにより、その透明化を図るべきである。

#### ④ 副作用情報の本人への伝達や情報公開の在り方

- ・ 早期に患者に告知することにより、適切な治療を受けることが望み得るような一定の副作用等については、因果関係が不確かな段階において、医薬品の安全性情報を広く収集し、迅速な安全対策につなげるという副作用等報告制度の機能を損なうことなく、また、個人情報の保護や医師と患者との関係にも十分配慮しつつ、個々の患者（国民個人）がその副作用等の発現について知り得るような方途の在り方を検討すべきである。
- ・ 上記の検討に当たっては、当該医薬品を製造販売等した企業の積極的な協力を求めるものとする。（医療機関への協力依頼や情報提供窓

口の設置等)

- 行政は、未だ感染症の罹患リスクを完全に否定できない特定生物由来製品については、患者まで迅速に遡及できる体制を確保するため、医療機関や製薬企業で記録を保存させるだけでなく、患者本人が使用された製剤名やロットを知って自らも記録を保存しておくことができるような方策を検討すべきである。
- 医療におけるインフォームド・コンセントの一環として、患者が投薬を含め提供された医療の内容を知ることができるよう、診療明細を患者に発行することを義務付けるべきである。また、記録が保存されるよう、ICカードやレセプトデータベースへの入力等の方法を検討し、推進する必要がある。
- 製薬企業が国に報告したフィブリノゲン製剤等の納入先医療機関名等についての国に対する開示請求の時に、情報公開への国の消極姿勢がみられ、公表までに時間を要してしまったことを踏まえ、被害発生が確認された後の国民への情報伝達の在り方について被害者に配慮した公表の在り方を検討する必要がある。
- 電子レセプトデータベースが構築された場合には、緊急の安全性情報の提供が必要な場合において、レセプト情報を活用した患者本人への通知等に関する方法・問題等を検討する必要がある。

## ⑤ 適正な情報提供及び広告による医薬品の適正使用

- 医薬品についての質の高い情報提供は学術的にも臨床現場にとっても参考となる。しかし、製薬企業が、プレスリリース、医師の対談記事の配布、普及啓発広告、学術情報の伝達や患者会への情報提供等を装って医薬品の適応外使用の実質的な宣伝行為を行っている場合や、医薬品の効能効果について過度な期待を抱かせる広告・宣伝や患者会への情報提供等を実施している場合、その結果として医薬品の適正使用を阻害し、不適切な医薬品の使用が助長されて被害拡大につながってしまうことから、行政は、製薬企業の営利目的による不適切な情報提供や広告を指導監督するとともに、製薬企業等の質の高い医療情報提供者（MR）育成等も指導すべきである。

## ⑥ GMP 調査

- GMP 調査は、製造販売承認の要件である、医薬品の製造所における製造管理・品質管理の状況がGMP省令（「医薬品及び医薬部外品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令」）に適合しているかどうかを確認するために行われている。この適合性調査は、新医薬品、生物学的製剤等の製造施設については総合機構の職員が、その他の医薬品の製造施設については地方自治体の薬事監視員が当たっており、医薬品の製造管理・品質管理の対策の強化と製薬企業に規制を遵守することを徹底させることに貢献しており、調査を行う者の人材確保等にさらに努める必要がある。
- 国際水準のGMPに基づく製造管理・品質管理の強化及び査察水準の向上のため、国は、ガイドライン等の整備や総合機構と地方自治体の合同査察の促進を図るなど、3者が連携し、地方自治体のGMP調査の質の向上を図るべきである。また、地方自治体のGMP調査の充実のため、合同査察のみならず、総合機構の専門家の協力を得ることができるよう、考慮する必要もある。
- 調査に必要な知識と経験を習得するための研修（総合機構と自治体の合同査察といった現場研修を含む。）機会を増やすとともに、自治体担当者については、人事異動が効果的な調査の弊害となる場合があるため、担当者の計画的な養成等の人事面での配慮も必要である。

## ⑦ GVP、GQP 調査

- 製造販売業者の許可要件であるGQP省令（「医薬品、医薬部外品、化粧品及び医療機器の品質管理の基準に関する省令」）、GVP省令（「医薬品、医薬部外品、化粧品及び医療機器の製造販売後安全管理の基準に関する省令」）に従って医薬品の安全性、品質及び有効性の確保に努めているかどうかを確認するための調査である。製造販売業者を管轄する都道府県の薬事監視員（1～数名のGMP等担当者が兼務している場合が多い）が当たっているが、人員や時間の関係から調査が表面的となりがちであるとの意見もあり、調査充実のためにも、薬事監視員の資質向上や人数の確保等につき国の配慮（研修開催等）

が必要である。

## ⑧ 個人輸入

- ・ 個人輸入として国内で使用される未承認医薬品について、薬監証明により使用実態等を把握し、電子的なデータベース化を行うとともに、当該データを公表すべきである。
- ・ 個人輸入された未承認医薬品に係る副作用情報に関して、必要に応じ、広く迅速に注意喚起等を図るべきである。そのためには、使用実態のデータベースの公表のみならず、特にリスクが高い医薬品については、登録制度を導入すべきである。また、医療機関からの副作用情報の積極的な収集・分析・公表はもとより、その他の安全対策についても充実強化を図るべきである。
- ・ また、個人輸入される医薬品等は、安全性・有効性が十分確認されていないものがあり、そのことについて国民の啓発にも力を入れるべきである。
- ・ 特に、インターネットを通じた未承認薬の個人輸入に関する規制を強化すべきである。
- ・ 個人輸入代行を装って実質的に未承認医薬品の広告、販売等を行っている者への監視・取締を強化すべきである。
- ・ 個人輸入について厳格な対応を行う一方、代替医薬品のない疾患や希少疾病に対し、患者数が極めて少ないことなどにより製薬企業による承認申請等が進まない国内未承認薬については、適正な管理、安全性情報等の収集・提供及び適正な使用が行われるよう、例えば、欧米で制度化されているコンパッションエート・ユース等の人道的な医薬品の使用手続の国内導入等の例外的使用システムを構築すべきである。なお、その際は、かえって薬害を引き起こすことにならないよう、また、企業が承認を得るインセンティブを失うことにより未承認状態をかえって長引かせることにならないよう、慎重な検討と制度設計が必要である。
- ・ したがって、構築すべきシステムでは、一方では患者に対する上記未承認薬への例外的なアクセスの要望と、他方では患者の安全性確保や製造販売承認に必要な科学的に評価可能な臨床試験の円滑

な実施を妨げないこととの過不足のないバランスを保持する必要がある。

## (5) 医療機関における安全対策

### ① 医療機関の取組の強化

- ・ 医療機関、薬局及び医療関係者は、医薬品の使用に係る安全確保において重要な役割を担っていることについて、一層認識を高める必要がある。
- ・ 医療機関内の薬事委員会や薬剤部門等においても、各医療機関内の情報伝達、医薬品の使用に係る安全性と有効性の客観的な情報収集・評価を行い、院内に情報を徹底することなど健康被害の発生や薬害防止の観点から積極的な取組を強化すべきである。
- ・ また、医療機関においては、副作用や感染症について、院内情報の収集を徹底し、得られた情報を迅速に総合機構に報告すべきであり、医薬品の使用記録等の保管を徹底する必要がある。将来の健康被害の実態調査に備えて診療録を5年以上長期間保管すべきとの意見もあり、極力IT化を行うべきである。
- ・ 医療機関の安全管理責任者（医薬品安全管理責任者・医療機器安全管理責任者）を中心に一層の安全対策に取り組むべきであり、その人員確保のための施策を講ずるべきである。また、総合機構の情報配信サービス（プッシュメール）への登録を推進すべきである。
- ・ 厚生労働省や総合機構から電子メール等により発信されるプッシュメール等の注意情報が、医療機関内のオーダーリングシステム等に反映される等情報が確実に活用されるためのシステム作りの方策を検討する必要がある。
- ・ 患者、家族を中心に、医師、薬剤師、看護スタッフ等が連携して治療に取り組むチーム医療を推進して、安全対策を講ずる必要がある。
- ・ 医療安全確保に関する情報伝達の推進及びチーム医療により、患者を支援し、副作用の早期発見・発生防止に資するため、質の高い薬剤師の育成と確保に努める必要がある。特に、医療機関における薬剤師

の人員を増員し、病棟に質の高い薬剤師を常駐配置する努力を推進する必要がある。

## ② 医療機関での措置の点検体制の構築

- ・ 医師、薬剤師等処方・調剤（処方監査）・投薬に関わる医療関係者は、必ず添付文書やインタビューフォーム等の医薬品情報、特に使用上の注意を確認し、理解の上で処方及び処方せんに対処すべきであることは原則である。
- ・ 一方で、添付文書情報の周知が困難な現状から、薬剤師等の医薬品情報を取り扱う部門が医療安全確保に関する情報（添付文書、インタビューフォーム、医薬品に関する最新データ、副作用情報等）を収集・評価し、その結果を臨床現場に伝達するシステムを構築するとともに、その伝達状況に薬剤師が関与し、確認すべきである。
- ・ このため、薬剤師が、薬の専門家として、薬剤に関する業務全般に責任を持って主体的に関与し、薬害防止のための役割を全うできるよう、必要な環境整備を図る必要がある。
- ・ 医薬品の適応外使用が不適切であったことが薬害を引き起こした教訓を踏まえ、適応外使用については、個々の医師の判断のみにより実施されるのではなく、（3）③ウ（52～53頁）に記載したエビデンスの水準への対応が必要である。
- ・ 医療機関において、適応外使用に関する使用実態を把握し、原則として医療機関の倫理審査委員会における報告や審議を含め、定期的な点検を行い、明らかに不適切な適応外使用を防ぐことが必要である。後日、安全性及び有効性の検証を行うことができるようにする仕組みも検討すべきである。
- ・ 一方、現実の医療現場では、刻々と変わる患者の状態に合わせた最善の判断を遅滞なく行うことが要求されるため、医療上必要な適応外使用を妨げ、患者が必要な治療の機会を逸することがないようにする視点が必要である。
- ・ 適応外使用を含め、科学的な根拠に基づく医療が提供されるよう、関連学会においても、EBMガイドラインの作成・普及を行うべきであり、行政もそれを支援すべきである。



- ・ 特に、製薬企業の営利目的の誘導（教育）による適応外使用や研究的な医療行為については、特に厳しい点検が求められることは言うまでもない。
- ・ 情報が多すぎて、医師にかかる負担だけが大きくなり、大事な情報が伝わらなくなることがないように、担当医以外の医師や、薬剤師等多様な医療従事者を含めたチームによる安全性情報管理を徹底すべきである。
- ・ 医療機関における上記の自己点検等の安全対策措置の実施状況を行政が実地に確認し、情報共有を通じて改善が図られる仕組みの構築を促す必要がある。薬害再発防止のための仕組みとして、これらの業務に携わるべき地方自治体の人員等についても、その資質向上や人数の確保等につき国の配慮が必要である。

## （６）健康被害救済制度

- ・ 医薬品の副作用及び生物由来製品を介した感染等による救済制度について、医療関係者を含めて国民に広く認知されるよう、積極的なPR等更なる周知徹底を図る。また、がんその他の特殊疾病に使用されることが目的とされている医薬品の同制度における取扱い、胎児の健康被害の取扱いなど救済の対象範囲について検討するなど、不幸にして健康被害に遭った患者の救済の在り方を検討する必要がある。

## （７）専門的な知見を有効に活用するための方策

### ① 学会に期待される取組

- ・ 学会間での情報共有のための仕組みの構築、特に、副作用や有用性の評価が変化している等の情報に関し、異なる領域の学会間で最新知見を共有する仕組みの検討を促す必要がある。
- ・ 安全性と有効性に関するエビデンス作りとその普及について、学会が専門的な立場から指導性を発揮するよう求めたい。

## ② 知見の適切な伝達

- ・ 厚生労働省の研究班の結果やまとめですら、十分に社会へ還元されているとは言い難い現状にあることから、冊子、ウェブ（web）での公開のみならず、必要に応じ、地方自治体、学会、関連企業等への情報伝達を行い、その結果を評価することを検討する必要がある。
- ・ 医師、薬剤師等の専門職や企業内等の技術者は、高度な専門性にかんがみた職業倫理上の義務があり、専門職団体や学会等による自己規律により、適正な情報の取扱いを確保し、社会的信頼を得ることが重要である。具体的には、添付文書等による正確な情報の確認、保健衛生上必要不可欠な安全性に係る情報を隠蔽せずに公開していくこと、専門家ではない者へのわかりやすい説明等が求められる。

## （８）製薬企業に求められる基本精神等

### ① 製薬企業のモラル等

- ・ 国内外の大手製薬企業において、2010（平成22）年前後に多くの医薬品の特許権が消え、ジェネリック（後発医薬品）との競合等による厳しい時代に突入することが考えられることから、生き残りをかけた新薬開発等が激化しており、それに伴う副作用や薬害再発の可能性が懸念される。このような状況にあるからこそ、コンプライアンス（法令遵守）は当然であるとともに、製薬企業のモラルがこれまで以上に求められる。
- ・ 製薬企業においても、（7）②に述べられた職業倫理、情報の公開等が自己規律等により遵守されるべきである。

### ② 製薬企業の在り方

- ・ 本最終提言の薬事行政に対する提言のうち、「基本的考え方」は製薬企業にも、そのまま当てはまり、特に予防原則を基本として、国民

の生命健康の安全を第一に迅速な意思決定と行動がとられるべきことは、製薬企業にも強く求められている。

- 2002（平成14）年の薬事法改正において、製薬企業は安全管理に関する責任者等を設置し、GVP省令に基づき、製造販売後安全管理を実施することが義務付けられている。製薬企業は、その義務を着実に実施し、さらに、本最終提言のうち、製薬企業に対する指導等を求めている各提言事項についても、いずれも製薬企業の在り方が問われているものと受け止めて、企業としても一層の改善に努める必要がある。

具体的には、臨床試験の公正を図るための諸制度の充実、薬剤疫学的手法を取り入れた個別医薬品に応じた適切な市販後安全対策の実施、積極的情報公開、添付文書の在り方の見直し、患者とのリスクコミュニケーションの促進と広告の在り方の見直し、未承認薬への対応、積極的な救済等々である。

- 企業の安全部門に十分な人を配置して、安全性にかかわる企業内の情報流通と管理の在り方を検証することも必要である。危険情報を企業内において速やかに共有した上で、必要な意思決定と対応を迅速に行うという観点からの企業内での情報の流通と共有はもとより、後日の検証を可能とするという観点からの適切な記録作成と保管も含まれる。
- 特に安全対策については、薬害肝炎事件のみならず、過去の薬害事件の教訓は、製薬企業が、有効性を過大に、危険性を過小に評価する過ちを犯しやすいことを示している。現在はGVP省令をはじめとする安全対策基準が整備されているが、各企業は、過去の教訓を踏まえ、安全対策を一層強化すべきである。たとえば、副作用報告について、医薬品との因果関係の評価に関する消極的な姿勢は取るようなことがあってはならない。
- 特にフィブリノゲン等の特定生物由来製品については、企業においても、現在は製造後30年間の製造記録等の保管が義務付けられているが、薬害肝炎におけるフィブリノゲン製剤の全量廃棄が当該医薬品のウイルス検査を困難としたという教訓及び医療機関での使用記録が20年間保管となっていることを踏まえ、後日の検証を可能とするよう、製剤等の保存品についても可能な限り長期の保管に努めるとともに、特に回収品等については、保存品を相当期間保管すべきである。

### ③ 製薬企業における薬害教育等

- ・ 製薬企業においても、予防原則に基づいた対応ができるよう企業のトップからすべての職員に至るまで意識を改革する必要があるため、製薬企業にGVP省令等に基づき実施が求められている「教育訓練」の内容として、薬害教育を必須項目とすべきである。
- ・ 企業と国、大学、医療機関、学会、さらに医師等の医療者とのもたれ合い（利益相反等）が薬害事件の背景との指摘もあり、企業並びに関係者の意識改革が不可欠といえる。

### ④ 業界内部の自主的倫理管理・法令遵守等

- ・ 製薬企業は医薬品の安全性に関する第一義的責任が製薬企業にあることを認識し、各団体において制定している企業倫理綱領やプロモーションコード等を遵守するほか、団体内に企業倫理委員会を設置し法令遵守等に努めているが、これらを更に充実強化して企業はもとより医薬品業界の信頼性回復に努めるべきである。
- ・ また、利益相反関係の適切な管理を行い、海外において試みられている透明性を高めるための対応は、我が国においても積極的に導入・実施すべきである。

## 第5 医薬品行政を担う組織の今後の在り方

### （1）医薬品行政組織について

#### ① 中間とりまとめまでの議論

- ・ 本委員会は、2008（平成20）年7月の「中間とりまとめ」に向けて、安全対策の充実・強化策を効果的に実施し、薬害再発防止を実現することのできる行政組織の在り方について、事務局から提示された次の2案を基に議論した。なお、いずれの案も「最終的には大臣が全責任

を負う」ことが前提とされている。

＜A案＞ 承認審査、安全対策、副作用被害救済等の業務を一括して厚生労働省医薬食品局（現状。別の組織もあり得る。）が行い、審議会が大臣へ答申する。

＜B案＞ 承認審査、安全対策、副作用被害救済等の業務を一括して総合機構が行い、総合機構が大臣へ答申する。

そして、中間とりまとめの時点では、両案に係る課題について問題提起をした上で、「今後さらに検討する」こととした。

- ・ この2案は、厚生労働省と総合機構との関係に関する典型的な整理といえるが、両案とも、次のような目的や方向性を共有している。
  - a 国（厚生労働大臣）の責任の所在を明確にする。
  - b 承認審査・安全対策を通じて、業務運営の独立性・中立性・科学性を確保する。
  - c 厚生労働省と総合機構との役割分担を明確化し、情報伝達や意思決定に関わる無駄を解消する（特に安全対策の分野において）。
  - d 医薬品行政に対する監視（評価）機能を確保する。

## ② 第一次提言における議論

- ・ 第一次提言の取りまとめに当たっては、上記 a～d を充足する医薬品行政組織としてどのような組織形態が望ましいかについて、行使可能な権限の範囲、運営財源の原資の在り方、職員の専門性の確保、行政改革推進の中で課されている制約との関係などの論点も含め、検討を行った。
  - － 先ず、国の行政機関（省）か独立行政法人等かによって、行使可能な権限がどのように異なるかについては、過去の多くの立法例を見る限り、後者の権限は限定的とされているが、明確なルールは存在していない。ただし、医薬品の承認審査・安全対策に係る権限を独立行政法人に委ねた場合に、国民に対する賠償・補償を行うことが、法的に、また現実に可能なのかを懸念する意見もあった。最終的には大臣が全責任を負うことを前提とすべきとしても、医薬品の審査、安全対策等において専門的かつ客観的な立場から業務を遂行するためには、調査等の一定の権限を当該機関等に付与する必要がある。

あるという意見もあった。

- 一 運営財源の原資の在り方については、製薬企業等からの拠出に依存するのは好ましくなく、出来る限り公費によるべきという意見と、業務の性格に照らせばユーザー・フィーで賄うべきであるという意見があった。他の同種の行政事務との均衡を考慮すれば、承認審査等の手数料については、今後とも原則としてユーザー・フィーによるべきと考えられるが、安全対策の財源については、国の責任を踏まえ、国費を重点的に投入するようにすべきである。同時に組織として、中立・公平に業務を遂行するルールを整備すべきである。
- 一 承認審査や安全対策を担う職員には、高い倫理観を持ち、専門的かつ客観的な立場から業務を遂行することが求められる。常に最新の医学・薬学等に関する知識を確保し、内外の専門家同士のネットワークの活用が求められることから、独立行政法人等において要員を確保し、専門性を高めるべきという意見と、企業との人事交流を促進する上では企業出身者であっても公務員の身分の方が法的な責任が明確であることや、国の責任を明確にする観点から、国家公務員としての要員を確保すべきという意見があった。

厚生労働省職員の場合、キャリアアップしていくためには、事務官・技官を問わず、局や省を超えた幅広い人事異動が求められており、専門性の確保の面で制約がある。これに対して、同じく国家公務員であっても、組織形態を外局（例えば「医薬品庁」）や施設等機関（例えば、旧医薬品医療機器審査センター）とすることにより、専門性の確保は可能ではないかという意見があったが、一方で、医師等が公務員に転職する場合には、施設等機関での事例等から、人事評価、専門技術の継続と発展性、給与等の処遇面で不利益を被る可能性があり、優秀な研究者や医療関係者を集めるという観点から、公務員化に慎重な意見があった。

- 一 行政改革推進の中で、国家公務員の総定員は毎年度純減が求められることから、国家公務員による組織によった場合、医薬品行政の体制を抜本的に強化することは難しいのではないかという意見、定員の問題は政府全体として思い切った再配置を行うことで対応すべきであり、組織定員の制約があることによって組織形態の在り方が左右されるべきでないとする意見、現在の制度運用では、独立行

政法人の職員についても一律に人件費総額の削減が求められるなど、同様の足かせがあり、国家公務員による場合と大きな違いはないとの意見があった。

- ・ 医薬品行政の組織形態として、最終的にどのような姿を目指すにせよ、その充実・強化のためには、承認審査・安全対策を担う職員の採用と養成に緊急かつ計画的に取り組んでいく必要があると同時に、効率的な業務運営ができる体制を構築する必要がある。
- ・ 本委員会は、厚生労働省・総合機構の緊急的な取組を当面の対応としつつ、その実施状況等を踏まえ、厚生労働省と総合機構の一元的な組織体制も視野に、医薬品行政のあるべき組織形態を検討していくこととした。

### ③ アンケート調査結果について

- ・ 国民の生命健康の安全を守るためには、使命感と資質を備えた人材の育成・確保、そのような人材が能力を発揮できる環境の整備や組織文化の醸成が、極めて重要な課題である。当委員会では、この認識の下に、第一次提言の内容全般及び上記各点に関連する事項について、厚生労働省医薬食品局の職員 158 名、総合機構の職員（役員、職員、嘱託等） 637 名、合計 795 名に対しアンケート調査を実施した。期間は 2009（平成 21）年 11 月 18 日（水）から 12 月 11 日（金）まで、回答者は合計 430 人、回答率 54%であった。回答内容の詳細は別添の「厚生労働省（MHLW）・独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）職員に対するアンケート調査結果報告書」に記載のとおりである。
- ・ 選択式の質問の集計結果では、仕事にやりがいがあるとする職員が全体の 74%を占める一方で、この職場に勤め続けたいと考えているかという質問に対しては、「はい」という回答が 55.6%、「どちらともいえない」が 31.4%であり、さらに、この職場を後輩に勧めるかという質問については、「はい」という回答が 36.3%、「どちらともいえない」が 45.8%となっている。
- ・ 自由記載の回答は多様でいずれも示唆に富んでおり、その正確な紹介は「報告書」に譲るほかない。また、回答率や、総合機構が設立か

ら6年の比較的新しい組織であって、人材確保や環境の整備という点でも発展の途上にあるということも勘案する必要がある。

したがって、自由記載欄の回答の分析については多くの制約があることは否定できないが、組織の在り方等を検討する上で特に注目した回答状況を要約すると以下のとおりである。

- 国の組織であるべきかどうかという点については、国の組織とすべきであるという意見とそうでない意見の双方があった。

また、厚生労働省と総合機構の関係については、役割分担が不明確であるという指摘が、厚生労働省職員・総合機構職員いずれからもあった。厚生労働省職員からは「総合機構職員が行政の考え方を分かっていない」という指摘がある一方、総合機構職員からは、専門的知識を基に出した結論が、厚生労働省の方向性により、科学的とは言えない観点から覆されることへの懸念や独自性を求める指摘があった。

- 人事異動に関しては、厚生労働省内での短期間での異動が専門性を損なうという指摘がある一方、総合機構内では異動の少なさや専門性を生かした人事配置を求める指摘があった。総合機構の幹部ポストの多くが厚生労働省の出向者によって占められ、総合機構プロパー職員の管理職登用が狭く、厚生労働省から短期間総合機構に出向して厚生労働省に戻っていく管理職異動の在り方への問題点の指摘もある。
- 厚生労働省・総合機構いずれの職員も、医療現場や研究機関、企業、患者団体等外部との交流や専門性を高めて見聞を広めるための研修の充実を求めている。
- 厚生労働省・総合機構いずれについても長時間勤務の問題性が指摘されている。仕事量が飽和状態で専門性を発揮する機会がない、薬害患者団体の勉強会・現場実習・専門的な研修などに参加する時間がない、人員不足で被害を最小限にするための迅速・十分な対応を取る自信がないといった指摘も寄せられている。原因としては、業務量に比較し人員の圧倒的不足を挙げる意見が多数だが、一方で、一部の人、経験のある人に仕事が集中しているという指摘が、総合機構・厚生労働省いずれにもあり、無駄な仕事の多さや、マネジメントの問題を指摘する意見もある。
- また、総合機構については、新人採用がかえって業務効率を下げっており、計画的な採用が必要であるという指摘、人員増を図っても退職



者が多い状態では組織の充実は図れないとして、魅力ある職場にし、待遇等を改善する必要性を指摘する意見もある。また、激務に耐えてやっていることについて国民から理解されていない、達成感を味わえないとする意見もある。

- ・ その他、最初に決められたことを覆すことが困難であること、職を賭して既定方針に異議を唱えて危険を阻止しようとする人材を保護できる仕組みが必要であることを指摘する意見、職員の声を反映するための調査を適宜実施することが必要であるとする意見もあった。

#### ④ 今後の課題について

- ・ 委員会としては、一元化をするのか、国か独立行政法人かといった点については結論を出すには至らなかったが、前記の検討結果や職員アンケート結果を踏まえ、組織形態にかかわらず、下記のような点を指摘することができる。
  - － 最終的には国が責任を負う形としつつ、適切に権限を行使できる体制とする。
  - － 安全対策に重点を置きつつも、医薬品を迅速に届けるといった観点や、承認審査との一貫性といった観点も踏まえる必要がある。
  - － 全過程における透明性の向上や、科学・社会全般に関する広い視野及び専門性の確保といった視点は不可欠である。
  - － 国民の声や、現場の情報が、適時適切に伝わる仕組みとする必要がある。
  - － 医療政策などとの連携を図る必要がある。
  - － 財源についてはFDAが改革を余儀なくされた原因の一つとしてユーザー・フィーへの過度の依存が指摘されたという教訓に学び、企業に過度に依存しないよう、審査手数料や安全対策拠出金等の占める割合について常に検証と見直しを行うことが必要である。
  - － 必要な人員が確保され、職員が将来に希望を持ち、それぞれの専門性を発揮して働くことができる人事システムや人員配置・待遇が必要である。この場合、人員の確保によりかえって業務効率が損なわれることのないよう計画的に行われる必要がある。

- 一 組織自らが職員や外部の第三者の意見を適切に把握し、組織の在り方を絶えず検証・評価するシステムが必要である。
- 一 使命感を持って長時間労働に従事しているにもかかわらず、社会的な評価が得られないとする指摘に関しても、本提言の「医薬品行政に係る医薬品行政機関の体制とこれに携わる人材の育成」の項で既に述べたように人員を確保することは必要だが、行政のどのような対応が社会的批判を受けているのか、業務の在り方に問題はないのかといった観点から、今後も検証を継続し、組織の在り方の見直しに生かしていくべきである。
- 一 現状のまま、厚生労働省と総合機構が役割を分担して薬事行政に当たる場合には、上記の点に加えて、厚生労働省と総合機構の役割分担の明確化を図り、管理職の人事異動の在り方や、交流の在り方、労務環境、組織マネジメントなどについても見直しを検討すべきである。
- ・ 今後とも、厚生労働省においては、このような視点を踏まえ、見直しに向けた検討を進めていく必要がある。
- ・ なお、政府全体で独立行政法人の見直しの検討が行われる場合であっても、本委員会で議論されたことを踏まえ、議論が進められていくことが望まれる。

## (2) 第三者監視・評価組織の創設

- ・ 厚生労働省が実施する医薬品行政については、総務省、財務省、独立行政法人評価委員会や総合機構の運営評議会などによる評価が行われている。しかしながら、これらの評価機能には限界があることから、新たに、監視・評価機能を果たすことができる第三者性を有する機関を設置することが必要であり、具体的な在り方は次のとおりと考えられる。

### ① 第三者組織の目的と特性

- ・ 第三者組織は、薬害の発生及び拡大を未然に防止するため、医薬品

行政機関とその活動に対して監視及び評価を行う。

- 第三者機関が薬害の未然防止のための監視・評価活動を効果的かつ公正に行うには、第三者組織は、医薬品規制行政機関や医薬品企業などの利害関係者から「独立性」を保つとともに、医薬品の安全性を独自に評価できるだけの「専門性」を具える必要がある。また、第三者組織は、薬害が発生する疑いのある段階で、又は発生後に、薬害の発生又は拡大を最小限に食い止めるために、迅速かつ適切な対応及び意思決定をなすうるに十分な「機動性」を発揮できる組織及び運営形態を持っていなければならない。

## ② 第三者組織の権能

- 第三者組織は、医薬品安全行政の「全般」及び「個別医薬品」の安全性に関して、厚生労働省、総合機構、その他医薬品行政に関わる行政機関に対して監視及び評価を行い、薬害防止のために適切な措置を採るよう関係行政機関に提言、勧告、意見具申を行う権能を有する。
- 第三者組織はこれらの機能を果たすため、以下の具体的権限を持つ。
  - ア 第三者組織は、厚生労働省及び総合機構から、定期的に医薬品の製造承認・医薬品情報の伝達・副作用報告など、医薬品の安全に関する情報の報告を受ける。第三者組織は、患者等から医薬品の安全性に関する情報を収集することができる。
  - イ 第三者組織は、医薬品の安全性に疑義があると判断するときは、行政機関に対して資料提出等を命ずることができるほか、行政機関に依頼して医薬品製造事業者や医療機関等の外部の情報を収集させることができる。第三者組織は、必要あるときは、情報提供について外部の協力を求めることができる。
  - ウ 第三者組織は、収集した情報に基づいて、必要があると判断するときは医薬品の安全性に関する詳細な調査及び分析をし、医薬品全般あるいは個別の医薬品の安全性の評価をすることができる。第三者組織は、調査・分析を外部の研究機関等に委託し、外部機関による調査結果を検証して、これに基づいて評価することができる。
  - エ 第三者組織は、監視・評価の結果に基づいて、関係行政機関に対して医薬品の安全確保に関して一定の措置・施策を講ずるように提言・

勧告を行う権限を有する。意見等を受けた行政機関は、適切な対応を講じた上で、第三者組織にその結果を通知しなければならない。

### ③ 第三者組織の位置付け

- 第三者組織は、監視・評価の機能を果たすため、独立した委員によって構成される委員の合議体（委員会・審議会）として組織される。
- 第三者組織は、中立公正な立場で②に掲げる機能を果たすため、厚生労働省から独立して医薬品行政を監視・評価できる組織として設置されることが必要である。それには、第三者組織を「庁」と同格の独立の行政組織（国家行政組織法第三条に規定する委員会。以下、三条委員会）として設置することが考えられる。三条委員会は、組織の独立性の保障という観点からは理想的であるが、現下の行政改革のもとでは三条委員会を新設できる可能性は高いとはいえない。そこで、検討委員会としては、当面、第三者組織の活動の独立性の確保に万全の措置を講ずることを前提として、所管省庁の内部に設置される委員会・審議会（国家行政組織法第八条に規定する委員会。以下、八条委員会）として第三者組織を考えざるをえない。
- 第三者組織を八条委員会とする場合にも、第三者組織を監視・評価の対象となる医薬品行政を担う厚生労働省に設置するのではなく、厚生労働省以外の省庁、例えば、内閣府に設置することによって第三者組織が厚生労働省から独立性を保つことができるが、その場合には、厚生労働省が所管する医薬品行政及び医薬品の安全性を監視・評価する第三者組織を厚生労働省以外の省庁に設置する積極的な理由が必要である。内閣府に置かれている既存の八条委員会である消費者委員会、食品安全委員会は、いずれも複数の省庁の所管事項について職権を行使している。この点について、本第三者組織は、消費生活の安全を確保するという観点からは消費者庁の所管事項、医薬品行政や医薬品評価にかかわる人材の育成や医薬専門家や市民の教育という観点からは文部科学省の所管事項、医薬品の輸出入を規制するという観点からは経済産業省の所管事項に関わっていると考えることができるという意見があった。
- 検討委員会は、中立公正な立場から厳正に医薬品行政と医薬品の安

全性について監視・評価を行う第三者組織は厚生労働省から独立した組織であることが望ましいと考える。そこで、第三者組織を三条委員会又は内閣府に設置する八条委員会として設置することを望むが、現在の政治経済情勢の下でそれらの早急な実現が困難であるというのであれば、一刻も早く監視評価組織を実現するという観点から、本検討委員会を設置した厚生労働省の責任において、第三者組織を当面同省に設置することを強く提言する。

その場合には、薬害を二度と発生させないという誓いのもとに本検討委員会を発足させた経緯を踏まえ、可能なあらゆる方策を講じ、第三者組織が監視・評価の対象となる厚生労働省から独立して中立公正に監視評価機能を果たせるようにすべきである。

そのため、第三者組織の委員の人選手続、任命、事務局の設置部局（例えば、大臣官房に設置する）、人材配置、予算の確保等において、第三者組織の活動の独立性を確保できるように、既存の審議会等とは異なる新たな仕組みを作る必要がある。

なお、事故発生防止のための監視・評価を行う第三者組織は、厚生労働省内の既存の薬事・食品衛生審議会とはその役割機能が異なるものであるから、これとは別個の組織とすべきである。

#### ④ 委員及び事務局

- ・ 第三者組織を構成する委員の人数は、「機動性」という観点から、委員長を含めて、10名ないしそれ以下が、適切である。
- ・ 構成メンバーとしては、薬害被害者、市民（医薬品ユーザー）、医師、薬剤師、医薬品評価専門家、法律家のほか、医薬品製造技術専門家、マネジメントシステム専門家、倫理専門家、薬剤疫学専門家などが考えられる。
- ・ 委員の任命権者は、第三者組織の在り方によって、総理大臣あるいは厚生労働大臣とすべきである。人選手続きについては、独立して医薬品行政の監視・評価の役割を担うに相応しい見識を有する人材を確保するため、公募制も含めて、透明性を確保し、新たな仕組みを作る必要がある。
- ・ 委員は、自ら審議事項を発議することができ、独立して調査し、審

議・議決に参加する。

- ・ 委員の勤務形態は非常勤であるが、第三者組織が恒常的かつ機動的な監視機能を果たすには、委員の一部（1・2名）を常勤とすることが望ましい。
- ・ 委員会の会議は、定例会議と必要に応じて開催する臨時会議とからなる。各委員は、必要があると認めたときは臨時会議の開催を請求することができる。全委員が出席する会議のほかに、必要に応じて少人数の委員による会議の開催及び調査等を行うこともできる。
- ・ 第三者組織は、設置形態及び設置場所がどのようなものであるかにかかわらず、その独立性、専門性、機動性を確保するため、適切な規模の専門的知識及び能力を有する人材からなる事務局を持つ。事務局の人材の確保に当たっては外部から人材を登用することも必要である。適切な人材の確保とともに、第三者組織の運営のために適切な予算が措置されなければならない。

## ⑤ 第三者組織の見直し

- ・ 本検討委員会は、薬害の再発防止のために医薬品行政を監視評価する第三者機関が一刻も早く設立されることを願って検討を続けてきた。
- ・ 上に述べてきたように、制度的、経済的な諸制約にもかかわらず、第三者組織は、その組織の仕組みにおいても規模能力においても、最初の形からさらに発展・充実させていくことが必要である。
- ・ したがって、薬害再発防止のために、第三者組織の在り方はこれからも常に問い続けられなければならない。このため、例えば発足3年ごとに、第三者組織の活動の評価を行い、薬害再発防止の観点から改善すべき点を改善するなど、より良い第三者組織の在り方を不断に検討していくことが必要である。

## 第6 おわりに

以上、本委員会における2年間にわたる検討の成果として、最終的な

提言を取りまとめた。

本提言に盛り込まれた内容を実現し、医薬品の安全対策にしっかりと取り組む国の基本的な姿勢を示すものとして、医薬品行政に関する総合的な基本法（医薬品安全基本法（仮称））の制定を検討する必要がある、この中に薬事法をはじめとする医薬品関係法を位置付け、本提言で提案する第三者組織については医薬品行政を外部から監視・評価する仕組みとして位置付けるべきとの意見があった。本提言の実現に当たっては、このような意見についても真摯に考慮されるべきであろう。

このような課題も含め、厚生労働省、そして国は、二度と薬害を起こさない、そして国民の命をしっかりと守ることのできる医薬品行政を目指すという想いを新たに、万が一、薬害が発生した場合でも、薬害に関わる問題の早期解決のために、速やかに適切な対策を打てるよう、着実に本提言の内容を実現していくべきである。

(参考 用語等について)

### **CRO (開発業務受託機関。Contract Research Organization)**

- ・ 製薬会社等から治験業務の一部を受託する会社を総称したもの。

### **EBMガイドライン**

- ・ ある特定の疾患に対して、専門誌や学会等で公表された過去の臨床結果や論文に基づいて、治療効果、副作用、治療後の臨床結果（予後、転帰）等の医学的情報をガイドラインとして提供し、実際の診療・治療に資するもの。

### **(ICH) E2Eガイドライン**

- ・ 医薬品等が承認され市販された後、臨床試験とは異なり、使用症例数が急速に増加し、患者背景も拡大される状況下で、副作用等の情報を収集し、リスクを科学的に分析し評価するための計画を策定するためのガイドライン。日米EU医薬品規制調和国際会議（ICH）で国際合意され、日本では2005（平成17）年9月16日に通知が出された。

### **GHQ-12 (General Health Questionnaire) 12項目版**

- ・ GHQとは、精神病性ではない、軽度な精神障害をスクリーニングするための尺度。アンケートでこのGHQの内容を質問することにより、個人の軽度な精神障害を評価する。

その12項目版であるGHQ-12日本語版は、もっとも簡便で広く用いられている尺度である。

(参照) 中川泰彬、大坊郁夫「日本版GHQ精神健康調査票手引」日本文化科学社、東京、(1985(昭和60)年)

### **GMP (Good Manufacturing Practice)**

- ・ 医薬品及び医薬部外品の製造管理及び品質管理に関する基準。

### **MedWatch**

- ・ 米国FDAが設置している安全性情報の自発報告を受け付けるし



くみ。報告の対象となるのは、FDA規制下の医薬品、生物製剤（人由来の細胞や組織、細胞組織利用医薬品等を含む）、医療機器、特定の栄養剤と化粧品を使用することによって生じた安全性情報とされている。そこには、医療過誤や品質に関する情報も含まれる。現在はオンラインシステムも構築され、全ての国民からの自発報告を一元的に受け付けている。FDA再生法により、MedWatch<sup>Plus</sup>が開発されつつあり、今後は、食品、ペットフード、ワクチンに関する情報もWebを介して会話形式で入力できるようになる。

#### **S F - 36 (MOS Short-Form 36-Item Health Survey) SF-36v2<sup>TM</sup>日本語版**

- ・ 個人の健康関連QOLを測定するために開発された標準的な尺度の一つ。アンケートでこのSF-36の内容を質問することにより、個人の健康関連QOLを評価する。SF-36には国民標準値が設定されており、国民標準値との比較することにより、調査対象者の健康状態を評価することができる。

身体的健康は、身体機能、日常生活役割機能(身体)、体の痛み、全体的健康感の4つの尺度で評価し、精神的健康は、活力、社会生活機能、日常生活役割機能(精神)、心の健康の4つの尺度で評価する。

(参照) <http://www.sf-36.jp/>

#### **U M I N (University Hospital Medical Information Network)**

- ・ 全国42の国立大学病院による医療情報に関するネットワーク。東大病院内にセンターが設置されている。

#### **医薬品リスク管理 (リスクマネジメント)**

- ・ 市販までに、リスクを抽出し、特定し、市販後に当該リスクを最小化するための方策を実施すること、同時に医薬品の安全性監視計画に基づき、安全性監視を行うこと。リスクの最小化の方策の実施にあたっては、その有効性を検証し、安全対策の改善等を行うものであること。

なお、安全性監視の方法は、E2Eガイドラインに示されている。

## インタビューフォーム

- ・ 日本病院薬剤師会が記載要領を策定し、薬剤師等のために当該医薬品の製薬企業に作成及び提供を依頼している学術資料。添付文書等の情報を補完する内容が記載されており、薬剤師等の医療従事者にとって日常業務に必要な医薬品の情報が集約された総合的な医薬品解説書と位置付けられている。

## コンパッショネート・ユース

- ・ 例えば、EUにおけるコンパッショネート・ユースは、生命に関わるような患者救済を目的としており、「他に適切な代替治療法／医薬品がなく、重篤、生命に関わるまたは、身体障害を引き起こすおそれのある疾患を有する患者」を対象として、特例的な輸入・使用の認可を行う制度となっている。対象となる医薬品等は、次のとおり。
  - － EU加盟国ではどの国も未承認だが、EU 以外の国・地域で承認されている医薬品
  - － EU加盟国のどこかで承認されているが実際に入手が困難な医薬品
  - － EU加盟国から撤退した医薬品
  - － 治験薬（治験実施国はEU 域内に限らない。）

## シグナル

- ・ 医薬品の安全性に関わる問題の予兆となる事象を指す。

## 情報配信サービス（プッシュメール）

- ・ 総合機構より電子メールによって情報提供されている「医薬品医療機器情報配信サービス」。緊急安全性情報、使用上の注意の改訂指示等、医薬品や医療機器の安全性に関する特に重要な情報が発出された際に情報提供されており、無料で登録できる。

(<http://www.info.pmda.go.jp/info/idx-push.html>)

- ・ 医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者は、2008（平成）20年12月4日付け厚生労働省医政局長・医薬食品局長連名通知「医薬品の販売名の類似性等による医療事故防止対策の強化・徹

底について（注意喚起）」において、「医薬品医療機器情報配信サービス」の積極的な活用が求められている。

### データマイニング

- ・ 大量のデータに対して、網羅的にデータ解析技法を適用することで従来は分からなかった有用な情報を取り出す技術。医薬品の安全対策業務の分野では、例えば、副作用報告データを解析し特定の医薬品と副作用の組に関する報告数が他の組に比べて有意に多い場合、従来よりも迅速にその組について安全対策上必要な措置を講じることが可能になる。

### 電子レセプトデータベース

- ・ レセプト情報・特定健診等情報データベース（仮称）をいう。高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 16 条に基づき、保険者及び後期高齢者医療広域連合から厚生労働省に提供されるレセプト情報及び特定健康診査・特定保健指導情報を収集・保有し、主として全国（都道府県）医療費適正化計画の作成・実施及び評価のために調査分析を行うことを目的として、厚生労働省が構築するデータベースである。

### 添付文書

- ・ 医薬品を販売する際に添付する文書。薬事法第 52 条の規定に基づき、医薬品の用法・用量、効能・効果、警告及び禁忌などの安全性に関する情報、使用上の注意などが記載されている。

### バリデーション

- ・ 製造所の構造設備並びに手順、工程その他の製造管理及び品質管理の方法が、期待される結果を与えることを検証し、これを文書とすることをいう。

### ファーマコゲノミクス

- ・ 薬物に対する反応性（薬効・副作用の発現）の個体差について、遺伝子の面からその潜在的な原因を探索する技術及び研究。例え

ば、患者一人一人に対し薬効を最大にし、副作用を最小限にする投薬を行うことが期待される。

### ヘルシンキ宣言

- ・ 1964（昭和 39）年世界医師会総会にて採択された、ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則。被験者の福祉を最優先すること、被験者の個人情報を守ること、被験者にインフォームド・コンセントを求めることなどが規定されている。

### 薬剤疫学的調査／研究

- ・ 多くの人々を対象として、医薬品等の使用状況、有効性や安全性、リスクやベネフィット等を調査・研究するもの。例えば、医薬品等安全対策の分野でいえば、ある医薬品について市販後調査のデータを調査・解析し、特定の医薬品と併用した場合に副作用が有意に多いことが判明する、等の事例が考えられる。

（参照）<http://en.wikipedia.org/wiki/Pharmacoepidemiology>

<http://www.jspe.jp/about/>

### リスクコミュニケーション

- ・ 主として、行政や製薬企業が、患者や医薬関係者に対し、医薬品の安全性や適正使用に係る情報等をわかりやすい内容、入手しやすい手段により提供すること。なお、患者から医薬品に関する副作用等の問題を厚生労働省・総合機構に報告し、安全対策に活用できるようにすること等の双方向の取組や、関係者間の情報共有に係る各種取組を含む。

(別紙① 審議経過一覧)

薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会

第1回 平成20年5月23日(金)  
議題: ○薬害肝炎事件の検証について  
○医薬品行政の見直しについて

第2回 平成20年6月5日(木)  
議題: ○医薬品行政の見直しについて  
・薬害肝炎被害者からのヒアリング  
・早期実施が必要な対策のための論点について

第3回 平成20年6月30日(月)  
議題: ○医薬品行政のあり方について  
中間とりまとめ(案)

第4回 平成20年7月7日(月)  
議題: ○医薬品行政のあり方について  
中間とりまとめ(案)

<中間とりまとめ(平成20年7月31日)>

※ 平成20年9月2日(火)【勉強会】  
※ 平成20年9月3日(水)【視察】  
医薬品医療機器総合機構

第5回 平成20年10月2日(木)  
議題: ○薬害肝炎事件の検証について

第6回 平成20年10月27日(月)  
議題: ○薬害肝炎事件の検証について

第7回 平成20年11月11日(火)  
議題: ○薬害肝炎事件の検証について

第8回 平成20年12月5日(金)  
議題: ○薬害肝炎事件の検証について

第9回 平成21年1月15日(木)  
議題: ○薬害肝炎事件の検証について  
○医薬品行政の見直し等について

※ 平成21年2月5日(木)【視察】  
血漿分画製剤工場(株)ベネシス

第10回 平成21年2月27日(金)  
議題: ○薬害肝炎事件の検証について  
○医薬品行政の見直し等について

※ 平成21年3月17日(火)【視察】  
虎ノ門病院

第11回 平成21年3月18日(水)  
議題: ○委員会の提言について

第12回 平成21年3月30日(月)  
議題: ○委員会の提言について

<第一次提言(平成21年4月30日)>

第13回 平成21年5月27日(水)  
議題: ○今年度の委員会の進め方について  
○薬害肝炎被害者からのヒアリング  
○今後の医薬品行政組織のあり方について

第14回 平成21年6月25日(木)  
議題: ○医療機関における安全対策等  
についてのヒアリング  
・医療機関(安全対策先進事例)  
・日本CRO協会(開発業務受託機関)  
○再発防止対策についての討議

第15回 平成21年7月29日(水)  
議題: ○薬害肝炎被害者からのヒアリング  
○有識者からのヒアリング  
・研究者(製薬業界の状況)  
○医薬品医療機器総合機構の取組等  
○再発防止対策についての討議

第16回 平成21年9月30日(水)  
議題：○第一次提言を受けた取組・検討状況等  
○再発防止対策についての討議  
・医薬品行政の監視・評価機関  
(第三者組織)  
○医薬品医療機器総合機構の取組等

第17回 平成21年10月29日(木)  
議題：○研究班の進捗状況  
○第一次提言を受けた取組・検討状況等  
○ワーキンググループの設置  
○議論の進め方

※ 平成21年11月10日(火)  
第1回 ワーキンググループ(第三者組織)

第18回 平成21年11月16日(月)  
議題：○適応外使用  
・ドラッグラグ被害者からヒアリング  
○再発防止対策についての討議  
・臨床試験  
・PMDA組織文化  
○第一次提言を受けた取組・検討状況等  
○研究班の進捗状況  
○ワーキンググループの状況  
○今後の議論の進め方

※ 平成21年12月3日(水)  
第2回 ワーキンググループ(第三者組織)

第19回 平成21年12月4日(金)  
議題：○研究班からの報告  
○添付文書の在り方、  
リスクコミュニケーション、  
患者からの副作用報告制度 等  
○医薬品行政組織のあり方  
・PMDA・厚労省職員アンケート  
調査 中間報告  
・これまでの論点等  
・ワーキンググループからの報告  
○第一次提言を受けた取組・検討状況等  
(続き)

※ 平成21年12月8日(火)【視察】  
CRO(開発業務受託機関)シミック(株)

※ 平成21年12月21日(月)  
第3回 ワーキンググループ(第三者組織)

第20回 平成22年1月18日(月)  
議題：○研究班からの報告  
○医薬品行政組織のあり方  
・PMDA・厚労省職員アンケート  
調査結果  
・ワーキンググループからの中間報告  
○第一次提言を受けた取組・検討状況等  
(続き)  
○最終提言に関する討議

※ 平成22年1月26日(火)  
第4回 ワーキンググループ(第三者組織)

第21回 平成22年2月8日(月)  
議題：○最終提言に関する討議  
○研究班からの報告  
○医薬品行政組織のあり方  
・PMDA・厚労省職員アンケート  
調査結果  
・ワーキンググループからの報告

※ 平成22年2月16日(火)  
第5回 ワーキンググループ(第三者組織)

第22回 平成22年3月8日(月)  
議題：○研究班からの報告  
・行政・企業関連の検証  
・患者実態調査結果の報告  
○最終提言に関する討議  
○医薬品行政組織のあり方  
・ワーキンググループからの報告

第23回 平成22年3月30日(火)  
議題：○研究班からの報告  
○最終提言に関する討議

(別紙② 「第一次提言」と「最終提言」の比較表)

<p style="text-align: center;">最終提言の掲載事項</p> <p style="text-align: center;">(下線:事項自体の新規追加、修正事項)</p>	<p style="text-align: center;">第一次提言との内容比較</p> <p style="text-align: center;">(★:内容面の主な新規追加、修正・追記事項)</p>
<p><b>目次</b></p> <p><b>第1 はじめに</b></p> <p><u>(1) 委員会の設置目的</u></p> <p><u>(2) 最終提言取りまとめまでの経緯等</u></p> <p><u>(3) 提言の実現に向けて</u></p> <p><b>第2 薬害肝炎事件の経過から抽出される問題点</b></p> <p>(1) フィブリノゲン製剤に関する主な経過に対応した整理</p> <p>① 1964年の承認取得</p> <p>② 1976年の名称変更に伴う承認取得</p> <p>③ 1977年のFDAによる承認取消し</p> <p>④ 1965年、1985年の不活化処理方法の変更</p> <p>⑤ 1981年からのフィブリン糊の使用開始とその拡大</p> <p>⑥ 1987年の青森県における集団感染の発生</p> <p>⑦ 1987年の加熱製剤の承認取得</p> <p>⑧ 1993年に原料血漿を献血由来に変更</p> <p>⑨ 1998年の再評価決定公示までの時間の経過</p> <p>⑩ 2002年に製薬企業から提出された資料の取扱い</p> <p>(2) 第Ⅸ因子製剤に関する主な経過に対応した整理</p> <p>① 1972年のPPSB-ニチヤク及びコーナインの承認取得</p> <p>② 1974年のPPSB-ニチヤクの製造工程変更(原料血漿のプールサイズの拡大)の承認及び1975年のPPSB-ニチヤクの適応拡大</p> <p>③ 1976年のクリスマシンの承認取得</p> <p>④ 非加熱第Ⅸ因子製剤(クリスマシン)の投与によるHIV感染の判明後の対応</p> <p>(3) フィブリノゲン製剤、第Ⅸ因子製剤を通じた事実関係に基づく整理</p> <p>① 添付文書による情報提供</p> <p>② 情報収集と分析・評価</p> <p>③ 学会及び医療現場での情報活用</p> <p>④ 知見の収集と伝達</p> <p><u>(4) 2009年度における検証作業による整理</u></p> <p><u>① 事件当時の行政及び製薬企業担当者へのヒアリング</u></p> <p>ア 行政担当者へのヒアリング</p> <p>イ 企業担当者へのヒアリング</p> <p><u>② 医療関係者の意識調査</u></p> <p>ア 医師に対するアンケート</p>	<p>第1</p> <p>(1) 修正・追記</p> <p>(2) 新規</p> <p>(3) 新規</p> <p>第2</p> <p>(1) 第一次提言と同じ</p> <p>(2) 第一次提言と同じ</p> <p>(3) 第一次提言と同じ</p> <p>(4) 新規 (★)</p>

イ 医師に対するインタビュー

ウ 医師に対するアンケート及びインタビューに関する考察

③ 被害者の被害実態の解明

ア 患者に対する調査

イ 遺族に対する調査

ウ 調査に関する考察

第3 これまでの主な制度改正等の経過

第4 薬害再発防止のための医薬品行政等の見直し

(1) 基本的な考え方

- ① 医薬品行政に携わる者に求められる基本精神及び法の見直し
- ② 医薬品行政に係る行政機関の体制とこれに携わる人材の育成
  - ア 体制の強化
  - イ 人材の育成・確保の在り方
- ③ 薬害教育・医薬品評価教育
- ④ 薬害研究資料館の設立
- ⑤ 専門家の育成と薬剤疫学研究等の促進

(2) 臨床試験・治験

- ① GCP調査
- ② 被験者の権利保護・救済
- ③ 臨床研究（臨床試験を含む。）

(3) 承認審査

- ① 安全性、有効性の評価
- ② 審査手続、審議の中立性・透明性等
- ③ 添付文書
  - ア 添付文書の在り方
  - イ 効能効果（適応症）の設定
  - ウ 適応外使用
- ④ 再評価

(4) 市販後安全対策等

- ① 情報収集体制の強化
- ② 得られた情報の評価
  - ア 評価手法の見直しと体制の強化
  - イ 体制の強化と予防原則に伴う措置
  - ウ 新たなリスク管理手法の導入
  - エ 電子レセプト等のデータベースの活用
- ③ リスクコミュニケーションの向上のための情報の

第3 第一次提言と同じ

第4

(1)

- ① 第一次提言と同じ
- ②
  - ア 修正・追記
  - イ 修正・追記
- ③ 修正・追記
- ④ 修正・追記
- ⑤ 新規（★）

(2)

- ① 修正・追記
- ② 第一次提言と同じ
- ③ 修正・追記

(3)

- ① 修正・追記
- ② 修正・追記（★）
- ③
  - ア 修正・追記
  - イ 第一次提言と同じ
  - ウ 修正・追記
- ④ 修正・追記

(4) 第一次提言と同じ

- ① 修正・追記
- ②
  - ア 第一次提言と同じ
  - イ 第一次提言と同じ
  - ウ 修正・追記（★）
  - エ 修正・追記
- ③ 修正・追記（★）



積極的かつ円滑な提供と患者・消費者の関与

- ④ 副作用情報の本人への伝達や情報公開の在り方
- ⑤ 適正な情報提供及び広告による医薬品の適正使用
- ⑥ GMP調査
- ⑦ GVP、GQP調査
- ⑧ 個人輸入

(5) 医療機関における安全対策

- ① 医療機関の取組の強化
- ② 医療機関での措置の点検体制の構築

(6) 健康被害救済制度

(7) 専門的な知見を有効に活用するための方策

- ① 学会に期待される取組
- ② 知見の適切な伝達

(8) 製薬企業に求められる基本精神等

- ① 製薬企業のモラル等
- ② 製薬企業の在り方
- ③ 製薬企業における薬害教育等
- ④ 業界内部の自主的倫理管理・法令遵守等

- ④ 修正・追記
- ⑤ 修正・追記
- ⑥ 修正・追記
- ⑦ 第一次提言と同じ
- ⑧ 修正・追記

(5)

- ① 修正・追記
- ② 修正・追記

(6) 修正・追記

(7)

- ① 第一次提言と同じ
- ② 修正・追記

(8)

- ① 第一次提言と同じ
- ② 新規(★)
- ③ 新規(★)
- ④ 新規(★)

**第5 医薬品行政を担う組織の今後の在り方**

第5

(1) 医薬品行政組織について

- ① 中間とりまとめまでの議論
- ② 第一次提言における議論
- ③ アンケート調査について
- ④ 今後の課題について

(1)

- ① 第一次提言と同じ
- ② 第一次提言と同じ
- ③ 新規(★)
- ④ 修正・追記(★)

(2) 第三者監視・評価組織の創設

- ① 第三者組織の目的と特性
- ② 第三者組織の権能
- ③ 第三者組織の位置付け
- ④ 委員及び事務局
- ⑤ 第三者組織の見直し

(2) 新規(★)

**第6 おわりに**

第6 新規

厚生労働省（MHLW）・独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）職員に対する  
アンケート調査結果報告書

平成 22 年 2 月 8 日

薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会  
アンケート調査ワーキングチーム

大熊由紀子

小野 俊介

椿 広計

水口真寿美

山口 拓洋

## 第1 はじめに

「薬害の再発防止」をかかげてスタートした本検討委員会は、様々な薬害の被害当事者の方々が委員として参加し、薬害の教訓を生かした抜本的な制度改革を行うための、具体論に根ざした論議が活発に行われてきました。

その延長上に、国民の生命健康の安全を守る使命感と資質を備えた人材の育成・確保、そのような人材が能力を発揮できる環境の整備や組織文化の醸成が、重要な課題として浮かび上がりました。

そこで、「答えは現場にあり」という経験則に照らし、実際に薬事行政等に携わる厚生労働省及び独立行政法人医薬品総合機構の職員の方々に、第一次提言の内容全般及び上記各点に関連する事項についてご意見をうかがい、この結果を委員会の最終報告書のとりまとめに反映させることを目的として、本調査を実施しました。

実施については、平成 21 年 10 月の第 17 回委員会で提案され、11 月の第 18 回委員会で決定となりました。平成 22 年 3 月末の最終提言のとりまとめまでの限られた時間内で実施することの適否等について議論がありました。しかし、薬事行政の現場で働く方々の実情やご意見を踏まえた上でとりまとめることが、机上の空論におちいることなく、実効をあげる報告書策定につながるということから、実施に踏み切ることにしました。

幸い、短い調査期間にもかかわらず、合計 430 名という多くの職員の方々のご協力をいただき、現場の方々でなければ見出すことの難しい問題点が明確になり、また貴重なご提案をいただくことができました。業務多忙の中で、真摯かつ貴重な回答を寄せられたことに、心よりお礼を申し上げる次第です。

## 第2 調査要領

調査の要領は以下のとおりです。

### (1) 調査方式

調査票（別紙添付）を用いたアンケート調査

本調査については、上記のとおり、検討課題が多岐にわたる本委員会の最終提言とりまとめに向けた議論の資料とすることを目的とすることから、あえて自由記載欄を求める設問を多くしたアンケート調査の方式を採用しました。

### (2) 調査対象

厚生労働省医薬食品局（食品安全部を除く）の職員 158 名

医薬品医療機器総合機構の職員（役員、職員、嘱託等） 637 名

以上合計 795 名

### (3) 調査票の送付

平成 21 年 11 月 18 日

### (4) 回答方法

Web 上の調査サイトでの回答、又は直接調査票に記入の上郵送による回答

### (5) 回答期間

Web、郵送での回答ともに平成 21 年 11 月 18 日（水）－12 月 11 日（金）

（当初の回答期限は 12 月 4 日であったが、回答期限を延長しました。）

## 第3 調査結果の概要

### 1 回収率

全体： 430 人 / 795 人（回答率 54%）

内訳 MHLW 86 人 / 158 人（回答率 54%）

PMDA 344 人 / 637 人（回答率 54%）

Web による回答 227 人（53%）

郵送による回答 203 人（47%）

## 2 設問1—1、設問3—1、設問3—2、設問3—3の回答

設問1—1、設問3—1、設問3—2、設問3—3は、選択式の設問です。  
数量的な集計分析が可能であり、結果は後記第4のとおりです。

## 3 設問1—2、設問2、設問3—4、設問4の回答

### (1) 全回答一覧表

設問1—2、設問2、設問3—4、設問4は、自由記載式の設問です。その全回答は、第6全回答一覧表（別添）のとおりです。

本調査については、上記のとおり、調査目的に照らし、あえて自由記載欄を多くとったため、その集計には限界があることから、全回答を公表することを当初より予定し、調査に当たり、個人が特定される情報を除き、全回答を公表する予定であることを告知して実施いたしました。

なお、全回答一覧表は、以下の方法で処理しました。

- ① Web上の回答はダウンロードし、郵送による回答についてはデータを excel ファイルに直接入力しました。明らかな誤字は修正しました。
- ② 回答者や対象者など個人の特定につながる回答箇所は黒丸でマスクしました（但し、黒丸の数は文字数を反映していません）。回答者の特定を避けるために回答の重要な部分をマスクしなければならない場合なども生じ、かえって回答者の意図に反する結果になるのではないかと考えましたが、個人の特定を避けることを優先して対応することとしました。

なお、回答者の特定を避けるために行ったマスクについては、当該回答者がマスクを外すことを希望される場合には、再考いたしますので、2月26日までに、必ずマスク前の文書を明示して（本人であることの確認に必要です）手紙でご連絡ください。連絡先は、東京大学大学院医学系研究科臨床試験データ管理学山口拓洋 〒113-8655 文京区本郷7-3-1 東京大学医学部付属病院）です。

- ③ 回答者の所属部署及び行政経験年数は、回答者の特定につながる可能性があるため、全体の集計にのみ用い、回答一覧表からは削除しました。

### (2) 回答要旨概要

上記の全回答一覧の通読は長時間を要することから、委員会における討議資料として利用しやすいよう、以下の要領で、回答要旨の概要を整理しました。結果は後記第5のとおりです。

① 回答を要約して抽出しました。

但し、調査の目的は、回答中にある多様な意見を反映させて討議の資料とすることにあることなどを踏まえ、ほぼ同様の意見と言えるものは、繰り返して記載することはしていません（ニュアンスの異なる回答を紹介する必要があると判断したものについては、スラッシュで区切っています）。

従って、1行の意見でも同旨の意見が多数ある回答もあり、数の多寡は反映していないことに留意してください。

② 設問毎に回答を整理する方法は採用せず、第一次提言記載の各内容を念頭に項目毎に整理しました。

これは、自由記載であるため、同趣旨の意見が、複数の設問にまたがって回答されている実情があり、設問毎の整理は実質的にも困難であり、委員会の討議の資料を提供するという観点から、項目毎の整理の方が適切であると判断したためです。

③ 要約については、限られた時間内で作業を完成させなければならなかったことから、漏れが生じている可能性があり、また、的確に要約しきれなかったものなどもあります。

これらの点については、回答全文を本報告書と一体のものとして公表しているので、正確にはそちらをご覧くださいと、ご容赦いただきたいと思います。

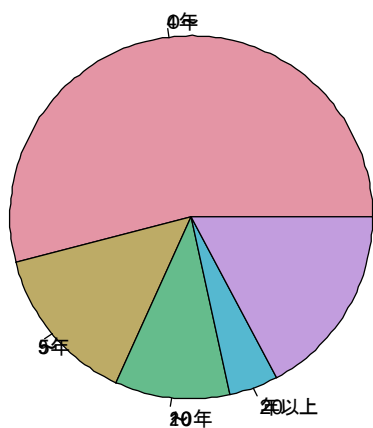
#### 第4 設問1—1、設問3—1、設問3—2、設問3—3の回答に関する集計分析結果

##### 1. 単純集計結果

##### 2—1 医薬品行政の勤務経験（％）

0～4年	5～9年	10～20年	20年以上	無回答
54.0	14.2	10.2	4.41	17.2

経験年数



回答者職務経験年数分布については、厚労省とPMDAでは有意に異なり、MHLWは10-20年の方が24%なのに対し、PMDAでは7%にすぎず、その分、4年以下の回答者が58%となっている。

各組織の医薬品行政に関わった経験年数（％）

職場	0～4年	5～9年	10～20年	20年以上	無回答
MHLW	36.0	17.4	24.4	3.5	18.6
PMDA	58.4	13.4	6.7	4.7	16.9

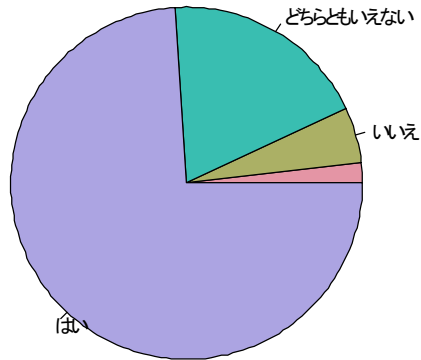
##### 2—2 職務・職場に対する満足

本件については、MHLWとPMDAとで傾向差はない。

1) あなたは仕事にやりがいを感じますか（％）？

無回答	いいえ	どちらともいえない	はい
1.9	5.1	19.	74.0

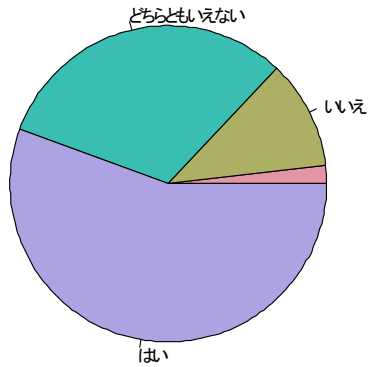
### 仕事にやりがい



2) あなたはこの職場に勤め続けたいと考えているか (%) ?

無回答	いいえ	どちらともいえない	はい
1.9	11.2	31.4	55.6

### 職務継続意欲



この質問は、厚労省と機構とで5%有意に異なる。実際、厚労省の方が勤め続けたいとする職員の比率が少し少ない。

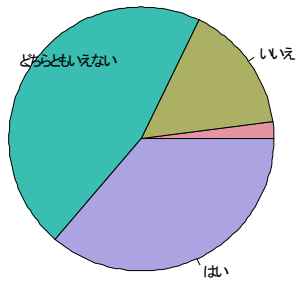
### 職務継続意欲

職場	無回答	いいえ	どちらともいえない	はい
MHLW	1.2	19.8	36.0	43.0
PMDA	2.0	9.0	30.2	58.7

3) あなたはこの職場をあなたの後輩に勧めますか (%) ?

	無回答	いいえ	どちらともいえない	はい
	2.1	15.8	45.8	36.3

後輩に勧める



この質問も PMDA の方が推奨意向は 5%有意で回答者の中では高い。

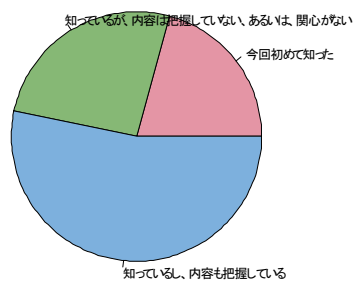
後輩に勧める

職場	無回答	いいえ	どちらともいえない	はい
MHLW	1.2	26.7	47.7	24.4
PMDA	2.3	13.1	45.3	39.2

## 2. 一次提言に対する認知

今回はじめて知った方：20.7%、知ってはいたが関心がない方：26.0%、知っているし、内容も把握している：53.2%となっていた。勤続年数が長いほど関心があがっており、その傾向は統計的に有意であった。

一次提言認知





勤続年数の 10～20 年が最も認知度が高く、4 年以下では今回初めて知った方が約 30%であった。この認知の経験年数による差は、高度に有意である。

#### 経験年数

一次提言認知	0～4 年	5～9 年	10～20 年	20 年以上
今回初めて知った	29.3	9.8	2.3	15.8
知っているが、内容は把握していない、あるいは、関心がない	28.4	27.91	3.6	10.5
知っているし、内容も把握している	42.2	62.3	84.1	73.7

職場別には、MHLW の方が 1%有意で認知が高かった。但し、この傾向は勤続年数によるものと考えられる。

#### 職場

一次提言認知	MHLW	PMDA
今回初めて知った	8.1	23.8
知っているが、内容は把握していない、あるいは、関心がない	24.4	26.5
知っているし、内容も把握している	67.4	49.7

職務に対する満足は、特に認知に影響を与えているとは考えられない。

## 第5 設問1—2、設問2、設問3—4、設問4の回答（自由記載）の要旨概要

### 1 第一次提言について

#### 1—1 全体的評価

##### (1) 肯定的

- ・ 第一次提言の内容はいずれも妥当／幅広い観点から問題点を適切に分析し、有益な提言が行われている／大変意義深い／方向性としてはPMDAの目指しているものと同じ(以上 MHLW/PMDA)
- ・ 重要な指針であり常に立ち戻る姿勢が必要(MHLW)／意識改革・原点に立ち返る重要性を認識／患者の立場に立った業務遂行であることを再認識／見失ってはならない心構え(以上 PMDA)
- ・ 過去の薬害の歴史と向き合うため、提言を真摯に受け止める／過去の薬害を再認識した／過去の医薬品行政の反省に基づいて今後を提言しており、有意義(以上 PMDA)／経過の分析が詳細に行われたことは、医薬品行政の見直しに有効／薬害の歴史・医薬品行政の実情を世の中に伝えることになった意義がある／事実関係が詳細に把握できた／血液製剤による肝炎被害につき資料的価値がある(以上 MHLW)
- ・ 医薬品安全対策のレベルアップを強力にサポートするもの(MHLW)
- ・ 理想が具現化することが大事なので頑張っていきたい(MHLW)
- ・ 可能な範囲で自分の業務に活かしている(MHLW)
- ・ 今後の研修に活用できればよい(MHLW)／研修で解説してもらえるとよい(PMDA)
- ・ 時代の流れに合わせた具体的内容になっている(PMDA)
- ・ 今後問題に直面したときに、積極的にアップデートしていくべき(PMDA)
- ・ 提言は定期的に行い、国民に情報発信することが必要(PMDA)

##### (2) 批判的

- ・ ゼロリスク的な発想が強い印象／薬害防止の観点からのみ医薬品行政のあり方を検討するのは一面的(以上 PMDA)／安全対策の視点に偏っている(MHLW)
- ・ 医薬品を患者に早く提供することも求められる／安全性に加え、病気の重篤性・治療のニーズも踏まえて総合的に検討する必要がある／行政の関与を求め、安全性に重点を置くほど、上市は遅れる適切なバランスが重要(MHLW)
- ・ 「薬害」の定義を議論してほしい／薬害の定義をすべき／委員の間で「薬害」の認識が一致しているのか(以上 MHLW/PMDA)
- ・ 両論併記が多い／両論併記であり方向性を明確にできていない／両論併記が多いが、正解を導くことは難しいのか(以上 PMDA)

- ・一般に周知されていることであり、検討会を組織してまで作った文章とは思えない／既知の理念が列挙されているに過ぎない、行政組織のあり方については、先進的なアイデアが議論された経緯も皆無／抜本的・画期的な意見はない(以上 PMDA)
- ・「十分な吟味」「高い倫理性」等の感覚的な表現が多い (PMDA)
- ・現状の分析・評価が深く行われているのか不安 (PMDA)
- ・現実性・経済性の乏しい部分も多い (PMDA)
- ・学会や企業に対する提言は内容が薄い (PMDA)
- ・具体化のためには、医師・薬剤師・看護師の参加が不可欠だが、医師・看護師の意見が反映されていない(MHLW)
- ・過去の薬害を今日的視点から批判している (PMDA)
- ・昭和 37 年のフィブリノゲン製剤承認、418 名に対する不告知はやむを得ない(PMDA)
- ・分かっているがどうしようもないという状況なので、別な次元からの考察も必要 (PMDA)
- ・我々の仕事について理解していない／職員は高い倫理観・使命感を持っているが、委員にはそのように写っていないのか(以上 PMDA)
- ・アカデミアから医療経済学者、規制当局から PMDA の審査役クラス、製薬業界から薬事、臨床開発担当者を選択し、委員あるいは参考人として参画させるべき (PMDA)
- ・かつて勤務した委員は真の医薬品行政のためでなく勝手なことを言い、実情を知らない委員は理想論だけを述べている (PMDA)

### (3) その他

- ・薬害の原因は、厚労省・専門家の無責任さとマスコミ・国民の情報不足にあるので、行政・企業・国民の関係が変わらない限り、薬害を起こした精神は変わらない (PMDA)
- ・提言の示す基本的問題点は、「医療にかかわるそれぞれのプレーヤーが常に患者／国民の方を向いていないのではないか」ということで、過去の薬害事件の時と変わっていない。これがなぜ変わらないのかの原因を除去するような提案をしてほしい (以上 PMDA)
- ・組織論ではなく、もっと大きな視点から論じて欲しい(PMDA)
- ・過去の非難だけでなく、今後どうすべきかが重要(PMDA)
- ・産官癒着というステレオタイプの見方であるが、医師の責任も踏み込むべき (PMDA)
- ・第 2 部で、医師の責任の議論、治療されて助かった妊婦についても加えるべき (PMDA)
- ・制度・体制が不十分なのか、体制の下で働く人材の問題なのか、分けて検討して欲しい(MHLW)
- ・医薬品の開発環境・開発支援のあり方についても議論が必要 (MHLW)
- ・PMDA の予算の不確実性・予算使用に関する非流動性についても言及すべき (PMDA)
- ・薬事法を改正し、薬事法上の責任は厚労省ではなく、企業の製造物責任とすべき

(PMDA)

- ・提言の中ですでに取り組んでいる業務もある(MHLW)
- ・「予防原則」の定義が不明確「科学的知見に立脚した評価」と矛盾するところがないか(PMDA)
- ・優秀な人材が若いときからトップダウンの方針に理屈をつけるトレーニングをされ、それに適合したものだけが生き残る仕組みが作られてきた。この仕組み・体質が残る限り、薬害は決してなくなるらない(PMDA)

## 1-2 第一次提言の具体化

- ・今後の組織のあり方が具体的ではないので、具現化することを期待する(MHLW)
- ・組織・人員・予算の関係から、①実現優先するもの、②優先しなくていいもの、③多くの資本を投入することなくできるものを、明らかにしてほしい(MHLW)／優先順位や工程表をつけてほしい／優先度と実現性にまで踏み込んだ議論を①理想的な状態、②実現のために現状で不足していること、③実現必要な施策、④各方面への影響、⑤代替策・次善策の言及／実現方策、取組策に乏しく、現実味がないので、当面取り組むべき課題・方策を多く含めたほうがいい／提言の指摘事項がどのように政策に反映されるのか、プロセスやタイムスケジュールが見えない(以上 PMDA)
- ・予算・人員の制約の中で実現化を図ることが課題／それなりの人と予算が必要医薬品行政に対して国費を投入すべき／コスト面の議論を／財政的な対策がなければできない(以上 PMDA)
- ・組織や人の充実に関する提言は、行政の外からの要請でなければ組織改革はされない(MHLW)
- ・将来目指す方法と現実方策のバランスが重要(MHLW)
- ・実現可能性の点で内部の認識とずれがある(PMDA)
- ・実現には薬務行政の組織・体制の充実が不可欠(MHLW)
- ・効果的な提言実現には、検討委員会として関係各方面への働きかけが必要(MHLW)
- ・他局・他省庁が関与する部分は、実現可能性が疑問(MHLW)
- ・政治家と厚労省幹部(官房)を動かす程のインパクトがない／世間や施政者の関心を引き、真に必要なことを実現させることができるかが最大の難関(以上 MHLW)
- ・医療従事者(薬剤師、看護師)にも周知してほしい(MHLW)

## 1-3 第三者機関

### (1) 肯定的

- ・医薬品行政の監視・評価機関設置には賛成(PMDA)
- ・5つの行動理念にかなっているか適切に評価するためにも、第三者機関設置を希望

(PMDA)

## (2) 批判的

- ・ 具体性、実現可能性、人材の確保等についてイメージが示されていない (PMDA)
- ・ 第三者機関の設置は、現行の監視・評価機関と重複した行政になる (PMDA)
- ・ 第三者機関が重大な見逃しをしたときに責任を負う組織にならない限り、パフォーマンス的な提言をするだけなので反対 (PMDA)
- ・ 少数の者で勧告・提言を行うのでは、適切な運用は困難、むしろ、同一機関内で監視評価を強めるとともに、行政からの情報開示を徹底させるべき (PMDA)
- ・ 審査報告書や審査資料の公表等の透明性確保措置があれば十分何か問題があれば、検討会のような機関をアドホックに設置すればよい。(PMDA)

## (3) その他

- ・ 第三者機関の業務や職員の資質が問題リスク・ベネフィットを比較考量して使用する医薬品の特性を踏まえ、相応の責任を負い議論すべき／第三者機関は、評論する組織ではなく、責任ある提言を行うべき(以上 MHLW)
- ・ 厚労省以外では、医薬品という製品を通じた規制の偏りから脱却することは困難 (MHLW)
- ・ 薬務行政は省庁にまたがる問題ではないので、情報収集・意見交換のため、独立性を担保しつつ厚労省内がよい (MHLW)
- ・ 第三者機関職員になる弁護士は、薬害訴訟との関係性等 (利益相反情報) を明らかにすべき (MHLW)
- ・ 第三者機関のスタッフは裁判員のような無作為抽出あるいは国民の投票により決定するのが望ましい (PMDA)

### 1-4 行政組織のあり方 (第3項にも記載あり要参照)

#### (1) 見直しの必要なし

- ・ PMDA発足以降に組織役割の問題が生じたことはなく、見直しの必要が分からない (MHLW)
- ・ 現在の組織は相当充実しており、成果も上がってきているから、すぐに組織改編行うメリットは少ない (MHLW)／現在のPMDAは専門職員にとって業務に集中できる環境となっている (PMDA)
- ・ 新組織の構築より、人材確保やマネジメントの方策が重要 (MHLW)
- ・ 制度改正・組織体制の見直しばかりに労力を割かれ、日常業務が落ち着いてできなくなるのは不安 (PMDA)

- ・組織のあり方が変わっても、審査手法は大きく変化せず、薬害再発防止に繋がる可能性は低い。現場のあり方を改善すべき(PMDA)

## (2) 見直しの必要あり

- ・現状は、厚労省とPMDAの二重行政となっており、大胆な医薬品行政の見直しが必要／厚労省とPMDAに二元的なありかたは改めるべき(以上 PMDA)
- ・国・PMDAのみならず、都道府県の薬事関係組織も含め、全体的な組織整備をすべき(MHLW)
- ・日本の医薬品行政は、企業の規模の割には割かれている人数が少なすぎる(MHLW)
- ・医薬品庁の設立／定員の観点から医薬品庁の設立が必要(以上 MHLW/PMDA)
- ・医薬品行政を担う組織として独法は不適切(将来的に縮小を前提とした組織であるため)／取扱う業務の重要性からは、国の業務として位置づけるべき(以上 PMDA)
- ・このような仕事は公務員としてやるべき。日本国の一機関ということを確認しなければ世界と渡り合えない(PMDA)
- ・「業務の停滞が国民生活に直接著しい支障」を及ぼすので、特定独立行政法人とすべき(PMDA)
- ・医薬品業務は国直轄で運営すべきだが、独法特有の柔軟性も手放したくない(PMDA)
- ・PMDAの組織・定員・予算についてはPMDAの権限とし、総務省・財務省の影響を可能な限り排除すべき人材確保のため、給与・処遇をある程度自主的にする必要あり(MHLW)
- ・高度な専門性をもった優秀な人材確保のためには、制約が伴う公務員型は不相当(PMDA)
- ・非公務員型でよいのか(PMDA)

## (3) 財源

- ・医薬品組織の財源が企業からの資金で賄われる組織でいいのか。PMDAから企業への発言力が弱くなるのでは／医薬品組織の財源は公費で賄うべき(以上 PMDA)
- ・政治・行政・企業からの独立のためには、財産基盤確立は重要であり、手数料収入と同額は国庫から賄うべき／財源は、公費と企業からの拠出の両方とする(以上 PMDA)
- ・安全対策の財源を、製薬企業から拠出させて賄うべき(PMDA)
- ・安全部は一部企業からの拠出で運営されているが、患者さんのための事業というより、企業のための事業のような面があり、癒着の原因となりうると思う(PMDA)
- ・ユーザーフィーでも問題はない職員の高い倫理観を養うことによりカバーできる(PMDA)
- ・FDAと同じレベルなら2000名は必要だが、財源はあるのか(PMDA)

## (4) その他

- ・前提として現在の組織の評価を十分に行うべき (PMDA)
- ・組織変更をするのであれば、内部の意見を聴いて欲しい(MHLW)
- ・組織の今後のあり方については、両論併記ではなく結論を出すべき (両者メリット・デメリットがあるので、両論併記だと現状のまま) (PMDA)
- ・A案、B案にとらわれず、必要な人材を確保できる体制とすべき(PMDA)
- ・統合を含めて、あらゆる型を検討すべき。国立病院・医政局との関係も重要(PMDA)
- ・PMDAの審査・安全対策の強化は、公務員一律定員削減等と逆行するので、今後の体制強化に悪影響を及ぼさない仕組みが重要(PMDA)
- ・安全対策の財源・審査安全対策人員の流動性については詳細な議論が必要(MHLW)
- ・業務運営の「独立性」とは、どのような意味で使われているのか(MHLW)
- ・相当数のレギュラトリーサイエンス者が協議決定をする組織体制 (日銀の政策委員会のような) も一案(PMDA)

## 1-5 第一次提言の個別課題

### (1) 法の見直し

- ・薬害被害拡大は立法を含む行政の責任「薬害再発防止のための責務等を明確にすることは不可欠であり、薬事法に明記する等の薬事法の見直しを行うこと」に大賛成 (PMDA)

### (2) 人材の育成・確保 (第3項にも記載あり、要参照)

- ・製薬企業出身者の人材活用に慎重な理由が分からない(MHLW)
- ・倫理観の高い人材確保・育成するための具体的に提言を出すべき(PMDA)
- ・安全対策100名増員の積算根拠がないのが残念／現行の人数ではなぜ足りないのかの説明が不十分 (以上 PMDA)

### (3) 教育

- ・科学的なデータ (エビデンス) を適切に理解するための教育を要する (MHLW)
- ・初等中等教育を具体化すべき／早急に実施すべき (以上 PMDA)
- ・臨床研究に関する教育が医学・薬学教育で行われていないことが問題 (PMDA)
- ・医学・薬学部において医薬品・医療機器開発の講義をするべき (PMDA)

### (4) 治験・承認審査

- ・ドラッグラグは、製薬企業の日本での開発の遅れが大きな要因審査自体は早くなっている (PMDA)
- ・審査員個々の質の向上を早急に進めるべき (PMDA)

- ・ドラッグラグの要因の1つとして、医薬品開発における開発者向けガイドラインの整備不十分があり、厚労省がPMDAが検討すべき(PMDA)
- ・医薬品審査を厳重にするため、十分な審査期間を与えるべき(MHLW)／審査スピードを上げると、安全性について十分検討できるか不安(PMDA)
- ・「事前評価相談」により見かけ上審査事務処理期間が短くなることに満足するのは本来の姿ではない(PMDA)
- ・デバイスラグについて法的措置を講ずるべき(PMDA)
- ・製薬企業から、海外の行政機関で承認されれば国内で承認したこととすればドラッグラグはなくなるという意見を聴くが、それでは国民の健康を守れない／日本人のデータを減らすことは疑問(以上 PMDA)
- ・国際共同治験の利用により日本人データが減少し不確実性が増している(PMDA)
- ・国際共同治験で日本人の長期投与試験のデータを収集することについて難色を示されることも多く、本提言を英訳することなどによって、日本人データの必要性についての方針を示してほしい(PMDA)
- ・白人中心の臨床試験成績となっているので、日本人を含むアジア諸国での臨床試験・治療開発を推進すべき(PMDA)
- ・申請者が提出した情報に対する評価・措置を速やかに行うことも求めるべき(PMDA)
- ・申請者や試験実施者のあるべき姿まで踏み込んで欲しい(PMDA)
- ・医療機器については、欧州のように審査を民間の認証審査機関に移行すべき(PMDA)
- ・承認の可否は事実上初回面談の段階で決まり、その後は後付けの理論武装を行っているに過ぎず、問題が発覚しても、辞表を叩きつけて止めるものなどいるはずもなく、部会もシャンシャン会議に終わっていることへの問題の理解、指摘、提言がなければ薬害は続く(PMDA)。
- ・審査者の見解に対する企業の反対意見や不満を受け止めるシステムを構築すべき(PMDA)
- ・透明性の観点から、守秘義務の問題をクリアした上で、機構で実施される対面助言や専門協議の公開・傍聴について検討すべき(PMDA)
- ・承認申請取下となったときも可能な限り情報公開すべき(PMDA)
- ・学会・患者団体・企業からの要望については、利益相反の視点を考慮すべき(PMDA)
- ・専門協議、部会、分科会等の役割に重複がある／位置づけを再検討すべき／部会・分科会という「儀式」が必要なのか疑問(以上 PMDA)
- ・PMDAは審査期間の短縮が厳しく求められているのに、PMDAでの審査終了から市場流通までの約3か月については改善が図られていない(PMDA)
- ・治験に限らず全ての臨床研究をGCPで実施すべき(PMDA)
- ・臨床試験についての国民の認知度を上げる(PMDA)
- ・審査終了案件について、内部で承認までの経過報告を行い、担当者をたたえるべき。



部会リハーサルは実施されるが、部会終了後は何もなく、達成感に乏しい (PMDA)

- ・世界の学会では、日本に投資しない、F D Aで承認取って日本に持ってくる方がお金もかからず、速やかに承認されると言っている (PMDA)
- ・承認条件に基づき行われた臨床試験、調査について申請者が結果を速やかに提出することの厳格化について記載するだけでなく、その提出された情報に対する評価・措置の判断を速やかに行うことも記載すべき (PMDA)

#### (5) 適応外使用

- ・適応外使用については、真に必要な患者も居り、難しいのでは (MHLW)
- ・適応外使用を、臨床医・患者団体からの要望に基づき行政が有効性・安全性を評価するスキームの確立が重要 (MHLW)
- ・適応外使用を阻害している法や制度を糺すべき (PMDA)

#### (6) 被害救済制度

- ・救済制度を抗がん剤まで広げることは疑問。広げるならリスクの高い全ての医療行為に広げるべき (PMDA)
- ・免疫抑制剤や抗癌剤を完全に除外するのは不適當。これらの薬剤も対象とできる額の拋出金を準備して対応すべき (PMDA)
- ・救済給付業務については、全ての医療従事者の意識向上、協力体制の整備に向けた方策が必要 (PMDA)

#### (7) 情報収集・発信

- ・医薬品に関する国内外の情報収集について、迅速かつ正確な対応を要する (MHLW)
- ・患者からの副作用報告導入は、処理に膨大なリソースが必要な割に得られる情報は多くないと予想されるので、慎重にすべき (MHLW)
- ・副作用情報等がどの程度医療現場で活用されているのか検証する必要がある (MHLW)
- ・専門家と一般人の知識・理解の差が大きい分野なので、タイムリーな情報発信と科学的な考え方の周知が必要 (MHLW)
- ・薬事関連のHPの整備 (規制当局の考えをウェブサイト公表、総合機構HPとのリンクを強化) (MHLW)
- ・医薬品に関する情報を国民向けにプレスする方法の検討を要する (MHLW)
- ・副作用報告書を情報公開すべき (保管期間3年を過ぎると廃棄されている) (MHLW)
- ・医薬品適正使用情報について、行政から医療機関に情報提供 (通知、F A X) できるスキーム確立が重要 (MHLW)
- ・医薬品情報発信につき、患者・家族等も含めた検討をして、適切な情報発信方法を検討 (PMDA)

- ・一般の方々への相談体制を強化し、担当部署の改善をはかることが急務である
- ・市販後調査データを海外から適時的確に情報収集・解析・対応を要する(PMDA)
- ・患者に対する副作用情報の伝達は、PMDA・厚労省ではなく医師が行うべき(PMDA)
- ・市販後安全管理にあたり、臨床の現場情報を尊重する(フィードバックする)との表現を含めてほしい(PMDA)
- ・因果関係の明確ではない安全性情報を公表するかどうかは慎重に判断すべき(PMDA)
- ・苦情解決部門を置くことは現実性も高く必要性もある(PMDA)

#### (8) その他の安全対策

- ・安全対策は、医薬品というモノに着目するのではなく、医療全般の安全の1つを考えるべき(PMDA)
- ・医療界を巻き込んだ対応をするために、PMDAの教育的役割が求められる(PMDA)
- ・重篤な副作用からの対策について、PMDAが自ら仮説を立てて独自に積極的に副作用の原因を科学的に研究すべき(PMDA)
- ・医療機関での診療録等の記録の残し方にも踏み込むべき(PMDA)
- ・個人の能力のばらつきによらず、半自動的に危険性を察知できるシステム構築が必要(PMDA)
- ・日本では積極的な副作用報告を行う素地が確立していない(PMDA)
- ・個人輸入の監視等の強化に賛同する(PMDA)
- ・添付文書について、強制的に一定期間毎に見直しをさせるシステムが必要(PMDA)

#### (9) 広告

- ・広告の事前審査制度を導入すべき(MHLW)
- ・製薬企業が病気を作り出し不要な治療を促進する疾病啓発広告は、禁止してもよい(MHLW)

#### (10) 企業

- ・企業も患者のための医療を考えている(PMDA)
- ・医薬品・医療機器メーカー、医療従事者の責任の明確化に踏み込んだほうがよい(MHLW)

#### (11) 医療機関・医療従事者

- ・医療従事者・学会の積極的取り組みも期待する(MHLW)
- ・医療行政による医療機関・医療従事者への直接指導も必要(MHLW)
- ・医療機関における取り組み強化に踏み込んでいることは評価(MHLW)
- ・医療現場(エビデンスがないまま使用に対する要望を提出していた学会、医師等)の

責任にも言及すべき／「医師の意識・認識」の視点が落ちているのは残念／医薬品評価に求められる客観的データ収集の必要性に対する医師の認識があまりに低すぎると感じる（以上 PMDA）

- ・実臨床における薬剤師の地位の向上を要する(PMDA)

#### (1 2) 患者・国民・マスコミ他

- ・社会全体でリスクを許容すべきであり、マスコミや国民が果たすべき役割がある(MHLW)
- ・「マスコミの姿勢」の視点が落ちているのは残念(PMDA)
- ・リスクに関する医業現場の人々（患者も含む）の理解／患者や医療従事者にも一定の責任を求めていることは重要／患者、医療従事者が一体として薬害防止することが必要その最大の対策は情報公開(以上 MHLW)
- ・薬は必ず副作用を伴うことを、国民に理解してもらうことが重要／患者や国民一般の理解も重要／国民に対する薬への意識の持ち方も認識させるべき(以上 MHLW／PMDA)
- ・医薬品・医療についての消費者教育・学校教育を行うべき(MHLW／PMDA)
- ・科学的なエビデンスを作るためには、患者の協力も重要(MHLW)
- ・医療に関する消費者教育のために医療安全基本法を(PMDA)
- ・薬害再発防止と医療の向上には、報道者・アカデミック等の役割・影響も大きい(PMDA)

#### (1 3) 政治との関連

- ・行政である薬務局が変わるためには政治の力が必要。大臣の責任が問われない風土を改めるべき(MHLW)
- ・政治情勢の変化により、安易に組織が見直されないような強力なメッセージを発する必要(PMDA)
- ・議員秘書から、個別品目の審査状況に問い合わせがあるのは困る(PMDA)

#### (1 4) その他

- ・薬害経験者と新薬を待つ患者の意見を正しく評価し、PMDAとしての評価基準の公表が求められている(PMDA)
- ・科学的な専門知識のために、独自のラボがあるとよい(PMDA)
- ・FDAの品質システムを参考にしたらよい(PMDA)
- ・審査終了案件について報告して、審査担当の榮譽をたたえる場を設ける(PMDA)
- ・一般企業のようなマーケット部・企画戦略部があってもよい(PMDA)
- ・まだ発展途上(PMDA)
- ・申請者との信頼関係を築きたい(PMDA)

- ・ 患者が医療・治療後の社会復帰等について気軽に相談できる場所（保健センター＋社会福祉事務所）が必要(MHLW)
- ・ 医薬品規制と臨床での使用実態・消費行動の実体とが乖離していると感じる(MHLW)
- ・ 医薬品の製造販売、流通・使用を国で一貫して行う（製薬企業・医療機関等の国営化）(MHLW)
- ・ 薬事法は分かりにくいメーカー・医療従事者にも分かりやすい仕組みにする(MHLW)
- ・ 肝炎関連予算は必要最小限度とすべき、困っている人は多数いるが、一生、人に助けられて行くことはありえない。福祉が充実している我が方では考えられない(MHLW)
- ・ 薬害肝炎のように、薬害に遭ったときに補償することは疑問(PMDA)
- ・ 医療経済に関するコストも議論すべき(PMDA)
- ・ 医療分野は日進月歩で迅速かつ柔軟な仕組みも必要(PMDA)

## 2 組織文化他

### 2-1 PMDAと厚労省の関係

#### (1) 役割分担

- ・ 両者の明確な役割分担と強い連携が必要(MHLW)／両者の役割分担と役割における最終決定権を明確に／承認審査の責任の所在が不明確／両者の役割を明確にして、科学的視点での判断ができる環境にする／両者の業務分担が難しい／棲み分けが曖昧／役割分担が不明確で行政的対応まで求められる／役割が重複している(以上 PMDA)
- ・ 両者の役割分担を明確にして、PMDAの責任を明確にすべき。最終的には国の責任だからという雰囲気がある／PMDAにも権限を付与すべき。権限がないため、職員の使命感・責任感が乏しい(以上 PMDA)
- ・ 厚労省の影響が強いので、独法として専門家集団として自由と責任を与えて行動させてほしい／医薬食品局の意向にとらわれないことを行いたい／日本人の安全性について、海外規制当局のどう判断しているかのみならず、厚労省とは独立してPMDAのスタンスを提示することが必要／厚労省と文化を共有しており国の下請的業務が多いが、独自性を発揮すべき／厚労省の下請けになっている。アカデミックなことより厚労省行政に左右される。圧力があると厚労省あたりから優先・迅速でない品目を1週間で審査を終わらせろというような依頼がある。／審査の判断を行う上でのPMDAの独立性を担保すべき(以上 PMDA)
- ・ 厚労省からの完全な独立が必要。厚労省は、PMDA独自の視点（専門的・科学的判断）で審査・調査した結果が公になることで、マスコミ対応が必要になることを懸念し、PMDAを監視している(PMDA)
- ・ 両者の組織・人事がなれあいのなので、各々独自の考え方が出せない決断できる人が

いない(PMDA)

- ・頻繁に入れ替わる上層部の厚労省出向組の考え方の違いにより、組織の考え方も微妙に変動しているように思える。(PMDA)

## (2) 人事交流

- ・厚労省とPMDAの人材交流・情報共有の強化／一体として薬事行政を担っているから人事交流を行うべき／20～30歳代の若手職員で、厚労省とPMDAの人事交流を／若いうちに厚労省との人事交流を(以上PMDA)
- ・両者を同じビルに置けばコミュニケーションや審査・安全対策の質が向上(MHLW)
- ・国立病院機構・PMDAからの出向者と1つの業務を共同実施していく機会を増やす(MHLW)
- ・医薬食品局・PMDA・製薬企業間の人材交流はプラスに(MHLW)
- ・厚労省との業務分担・情報交換がスムーズでない運用通知改訂時にも、PMDAの持っている問題意識・意見が軽視されている(PMDA)
- ・PMDAは学問的な考え方にこだわる審査官が多く、行政の考え方を分かっておらず、トラブルが発生する(MHLW)
- ・本省の方向性により、専門的知識をもとに出した結論が科学的とはいえない観点からくつがえされ失望／厚労省の判断は世論や政治家の意見に影響されやすく、PMDAのデータに基づく科学的判断としばしば意見が対立する。その調整が大変／PMDAにも行政的な判断は必要と思うが、その影響を強く受けすぎている(以上PMDA)
- ・審査等の経験のない人材が出向してくることもあり、上司にも仕事を教えなければならぬ。覚えた頃には厚労省に戻ってしまうので何も残らない。(PMDA)

## 2-2 人事システム

### (1) 厚労省職員の回答

- ・2年移動では専門性確保は困難、情報公開を前提として専門性確保を優先すべき／数人は部門固定にしないと難題を超えられない／専門性確保に重点を置いた人事体系とすべき／同一ポストの在任期間が短く、仕事を覚えていない状態が多くなり、迅速・的確な対応ができない
- ・薬系技官が薬務局長・官房の主要ポストに就けば、薬務・医薬品行政に対する国全体の危機感も変わる

### (2) PMDA職員の回答

- ・PMDA採用職員の管理職登用が狭い／転職先が少なく幹部は厚労省出向者で占められているのでキャリアパスが描けない／経験豊富で専門性の高いプロパー職員が管理

職になれるような環境であるべき／厚労省職員とPMDA職員の処遇に差があるのは問題

- ・部長以上の職が厚労省からの出向者であるのは問題／管理職の大部分が出向者のため、問題を発見しても解決のため積極的に動く人が少ない／幹部職員に専門性のない職員が就き、専門知識を持って判断できない場合がある／各部の部長はその領域のエキスパートになるべき
- ・必要性の明確ではない部が創設され、ポストが増え続けている／以前はなかった幹部ポストが急に増加していて、全てに出向者が就いているのは問題
- ・人事異動は専門性を高めるためには弊害／専門性のために管理職も含め5～7年間1つの職に選任させるべき／人材育成のためには異動が早すぎる／専門性強化のため、本人の希望で長年同じ仕事を続けられる体制を継続すべき
- ・PMDA内で異動がないことで閉塞感を感じる者を生んでいる／その業務に向いていない者を長く在籍させることは問題／上司と合わない者もおり新規入職者は2年単位で部署を変えたほうがよい／プロパー職員の配置換えが少なく、幅広い経験が積めない／審査部門担当者が安全・救済部門を経験する必要がある
- ・専門性を無視した人材配置がなされている
- ・事務補助職・派遣社員が多いのは、守秘義務の観点から問題
- ・大半が新卒であり、10～20年後に相応のポストが容易できるのか
- ・人事計画は目標管理を明確に、特に管理職については相対評価で分類・評価項目を明示すべき／人事評価に時間あたりのパフォーマンスを入れてほしい／年功序列を廃止してマネジメント能力のある人を待遇すべき／審査業務では、専門性を評価するマネジメント体制を構築、ある程度の待遇を考慮すべき
- ・天下り職員の中に仕事をさぼる人がいる／一部囑託に職務を私物化している人がいる
- ・幹部・職員の重要ポストに民間企業経験者を配置し、当たり前の経済原理を導入した経営を目指すことが必要
- ・下の人間が上を評価できる仕組みを導入すべき

## 2-3 医療現場、企業等外部との交流

### (1) 厚生労働省職員からの回答

- ・医療現場との人事交流が必要／病院・保健所・血液センター等との人事交流が必要／現場感覚を養う機会が必要
- ・医療現場・研究・企業・外国での業務経験が不可欠
- ・都道府県を含めた他の規制当局との交流も必要
- ・海外の規制当局／FDA・EMA・WHO等への人材派遣が必要（PMDAからも同趣旨の意見）

## (2) PMDA職員からの回答

- ・医療現場・患者と接する機会が少ない／医療現場を知らない人が多い／医療機関との人事交流が必要／国民・患者のことを忘れそうになるので、臨床現場での仕事も必要／薬剤師として調剤・服薬指導をしたり、病院薬剤師を職員とすることにより、患者の現状を身近に感じたい
- ・産官学の人材・情報交流を活発にするべき
- ・企業と人事交流をすれば、同じ目的に向かって早く作業できる／企業の立場とPMDAの立場で必要と考える治験データが違うために審査に時間がかかっており、人事交流が必要／製薬企業とPMDAのコミュニケーション不足にはお互いの姿勢に問題あり／企業は安全に重点を置いていないと感じることが多々あり、これを転換させるためにも企業との関係を縮めたい／退職規制は憲法に抵触しないのか
- ・企業からの受け入れ制限・PMDAからの離職制限を緩和ないし撤廃すべき／利益相反に配慮しつつ企業出身者を受け入れる基準・プロセスを検討すべき
- ・企業出身者の採用を増やしても、給与や待遇などの本質的問題を解決しなければ質の高い人材は集まらない
- ・海外規制当局との人事交流を盛んにすべき／海外規制当局との連携強化のため、国内外での学会等への参加や、研修員の派遣・受け入れを積極的に行うべき／国際共同治験があるが海外規制当局との情報交換が不十分／海外規制当局と日常レベルで協力できる体制（担当者会議の設置、テレビ会議等の設備）を整備すべき／欧米アジアのキーになる国にPMDA職員を常駐させるべき
- ・海外交流の手続きが役所的で煩雑
- ・外部との人事交流により人材育成は行われている
- ・衛研、感染研との人材交流が必要
- ・医薬品行政は、自然科学的のみならず社会科学的な知識も必要であり、消費者庁、国民生活センター、各自治体の消費生活センターの連携も必要
- ・統計・疫学担当者の不足を補うため、大学研究室等の研究組織と年間契約等をして、それらの組織と連携して統計解析・疫学研究に取り組んではどうか
- ・先端的技術等の医薬品開発や評価への利用促進のため、外部研究機関との共同研究を実施しやすくすべき

## 2-4 業務内容・理念等

### (1) 厚生労働省職員の回答

#### ① 業務内容

- ・国民のための仕事より、組織のため、説明責任を果たすための仕事が優先している／

国会対応・マスコミ対応・予算確保に多くの時間を取り、国民を守るための仕事を  
する時間がない／官房・財務省・総務省・人事院からの作業と国会対応に振り回されて  
いる

- ・他の部署や外部から、違和感を持たざるを得ない指示・依頼がある。組織として毅然  
とした対応をとるべき
- ・不正がないことを証明・担保するための仕事が多く、予算・研究費の効率的な運用が  
できない

## ② 組織等

- ・課長等はリスクを取った判断をすべき。世論を反映して安全サイドの判断が多いが、  
部下の士気が下がる
- ・職員が現場を知らなさすぎる
- ・優秀な職員が辞めていく現実を見て、日本の医薬品行政の将来を憂える
- ・人事系列ごとに文化が異なり、厚労省としての一体感がない
- ・医薬食品局は、国家公務員定員総枠規制により増員ができず体制が脆弱
- ・風通しの悪い組織、情報共有、周知が前近代的、不十分

## ③ 提案等

- ・医薬食品局の使命・ミッションを早急に策定し、職員の中に浸透させるべき
- ・引き続き情報公開・透明性向上が必要
- ・業者だけでなく、医療現場や患者から意見をくみ取る努力が必要
- ・医薬品以外の化学物質の有害性に関する関心が低い
- ・麻薬・覚せい剤対策は内閣府に一元化し、その分医薬品対策に人を割り振るべき
- ・煩雑な事務手続を改善すべき／業務の効率化が必要
- ・縦割りが多く／局内各課が仕事の押し付け合いをして、所掌の隙間のもものがおちたも  
のが後々表面化する
- ・資料管理するスペース不足肝炎リスト放置の原因となっている
- ・メールに外部からアクセスできない

## (2) PMDA職員からの回答

### ① 「PMDAの理念」について

#### (ア) 肯定的

- ・理念実現に向け努力したい
- ・何のためにどのように仕事をすべきかが新人にも分かりやすい



- ・過去の多くの教訓を生かし、社会に信頼されるように職務にあたるのは当然／暗唱していないが、患者のために科学的知見に基づき審査している／理念に基づいて日々業務を行っている
- ・理念を職員一同で決めたことに意味がある／全職員に提案・意見を求める参加型で理念を作成した意義はある

#### (イ) 批判的

- ・この理念では、多様性・サーバントリーダーシップ・暖かい心が育たない
- ・本省からの出向者など現場を知らない人たちが、患者のためにとという過剰な正義感によって誤った方向に走ることはないか

#### (ウ) 実現

- ・共有のために、研修等の取組を強化すべき
- ・理念の浸透には時間を要する／人員不足、慣習、複雑な手続から、仕事に反映できない面がある／理念を実現するにはマンパワー不足。ゆとりある人員配置、官学人材交流が必要不可欠／適切なワークライフバランスを維持するための環境整備が必要／職員のモチベーションやレベルが上がるような自由な運営が必要
- ・理念はすばらしいが、現場とのギャップの大きさに仰天している／トップ以外の管理職から理念に基づく具体的な業務目標を聞いたことがない／理念を生かす管理職のリーダーシップがない
- ・透明性は甚だ疑問／透明性は十分でない、患者のほうに向いておらず対企業色が強い
- ・レギュラトリーサイエンスに基づいた考え方ができていない
- ・海外会議・学会の成果は疑わしい
- ・使命感・透明性には問題ない。より安全なものをより早くに葛藤が生じている
- ・透明性の観点から、守秘義務の問題をクリアした上で、機構で実施される対面助言や専門協議の公開・傍聴について検討すべき
- ・「過去の多くの教訓」の共有を図る努力はほとんどなされていない
- ・PMDAがFDAやEMAに期待されるようになるために、どうすればよいか考えるべき／科学・国際性は不十分FDAやEMAは学術論文を発表しているが、PMDAはその環境にない／国際的な活動への参加しているのはごく限られた数名の職員のみ
- ・機構は自らが中心となって学会等と協賛し、有効性、安全性等の重要問題を国内外に公開されてシンポジウム等で討議すべきだが、FDA等に比べその機会が少ない
- ・理念の達成度合いは、客観的に適切に評価してもらうべき

## ② 組織

- ・独法という組織形態ゆえの機動性（大幅な増員、専門性育成可能）はよい
- ・若い組織なので、職員の意見を生かす体制はある

- ・歴史を活かした合理的な運営がなされている
- ・審査部では主任クラス以上でないと他部署と交流がなく、知識・経験の偏り、部署間のばらつきを生んでいる／自分の関連していないセクションが見えないので、PMDA全体で仕事をしている実感をもてるよう工夫すべき／組織としての一体感が感じられない／他部署との交流を必要として組織全体の業務に理解を深めるべき／部の垣根を取り払い、意見交換や相互協力ができる環境が必要
- ・部署によって考え方が違い、企業に対する指示も一貫せず混乱を与えている
- ・増員に伴い部署を増やしたが機能していない／組織として有機的に機能していない／類似作業を様々な部署でやっており業務仕分けが必要
- ・優秀な人材確保、専門性確保のためには、組織運営基盤が安定強固であることが重要
- ・PMDAでの医師の存在意義・キャリアパスが不安定
- ・ドメスティック
- ・問題意識はあっても解決策が出てこず、実行力・行動力・チャレンジ精神が不足している組織
- ・最初に決めたことをひっくり返す仕組みがない。反対意見を言っても、辞表をたたきつけて危険を阻止しようとしても、その人材を保護できる仕組みが必要である
- ・特定のメーカーには優しく、マイナーなメーカーには厳しい

### ③ 業務、目標設定

- ・審査員増員に必要な経費を計上するため、実施困難な予算収入（治験相談年 1200 件）の見積もりがなされている。相談数達成のため事前評価相談を実施し、将来承認申請される保証のない品目に時間・労力を注いでおり問題
- ・計画や目標が空回りし人員・業務量から無理な計画を立てている印象
- ・PMDA幹部自身が行動理念を理解せずに、対外的に聞こえの良い組織目標・計画を設定する達成可能な目標を立てるべき

### ④ 管理職

- ・マネージング能力のある人が管理職になっていない／真のリーダーを適切に配置する必要あり／部課長のリーダーシップがないので業務改革が進まず、優秀な新人の育成や指導ができない／能力のない上司のために部下が疲弊している
- ・管理的立場の人間の責任とリーダーシップが一層求められる

### ⑤ 官僚体質

- ・審査・調査が「上から目線」であり、官僚行政に向かっている／申請者に対して役所体質の物言いをしており、内部の意識改革が必要
- ・相手がいる業務で、機構内部だけで目標を立てて実現するのは困難、だんだん小役人

のようになる

#### ⑥ 業務効率

- ・経営感覚（赤字解消、無駄削減）が欠如している／管理部門に企業経営経験者を配置すべき
- ・業務の正規のマニュアルがなく、人によってやり方が異なる統一化により作業を効率化すべき
- ・コピー用紙を大量使用（主に会議用）しており工夫が必要
- ・事務的な形式ばかりにこだわり、効率を考えていない
- ・業務効率にコスト概念を入れるべき／幹部職員の室のスペースコストを考えるべき

#### ⑦ 広報

- ・PMDAの国民に対する認知度が上がるとよい／PMDAの仕事の社会的重要性を一般社会に認知させることが重要であり、それが質の高い人材の確保につながる
- ・広報業務が不得意な傾向があり、改善を望む
- ・医師に対してPMDAの存在・役割を周知すべき／医療現場におけるPMDAの認知度を上げるための教育を、国は実施すべき

### 2-5 労働時間・労働環境

#### (1) 厚生労働省職員の回答

- ・残業が非常に多い／通常業務が深夜に及ぶ／毎日15時間以上勤務している／月200時間以上勤務している／定常的長時間勤務に、国会・緊急時対応により追加勤務がでる／新型インフルエンザ発生後、過重な勤務がさらに過重に／土日休日出勤が多い
- ・残業手当もないままに業務に忙殺されている／厚生労働省といいながら労働環境が悪すぎる／給与が悪く、ワークライフバランスが最低である
- ・毎年1～2名が精神的な問題で職場を離れる
- ・業務量が個人のキャパシティを超えている／業務が多忙過ぎて仕事を引き受けられず、無益な仕事の押し付け合いをする
- ・ゆとりがない。余裕がない
- ・国民のためになることを考える余裕がないくらい疲弊している／生命関連業務なので、他部署より精神的にゆとりがないと危険／従事する業務について思考できる時間を確保できるだけの時間的ゆとりが必要／冷静に考える時間がない
- ・日頃の業務に負われ能力を発揮できない／仕事が多すぎて仕事が中途半端／目の前の作業に忙殺され、過去を理解し、未来に向けた作業に割く時間がない
- ・薬害患者団体の勉強会・現場実習・専門的な研修などに参加する時間がない／現場の

声を聞くだけの余裕がない／日々の業務に忙殺され、様々な意見・立場があることを意識する余裕がない

- ・一部の人間の負担が多い
- ・高い使命感を維持して働ける職場を築きたい／職員がやりがいと満足を持って働け、がんばる人が報われるような職場を／力を最大限発揮できる環境構築を
- ・国民の生命健康に真摯に取り組む人材・難しい案件を積極的に処理する職員を評価・処遇してほしい
- ・業務引継がでできる環境整備、業務サポートの充実を検討すべき
- ・優秀な人材を雑務におぼれさせている
- ・残業している人が偉いという文化を改めるべき
- ・組織マネジメントが未発達である
- ・相手を思いやって仕事をするのが職員に欠落している

## (2) PMDA職員の回答

- ・ワークライフバランスがワークに偏っている／ワークライフバランスを考える余裕もないほど仕事に献身している／仕事は常に山積み状態で達成感がない／このペースで仕事をしていくのは辛い
- ・業務量が多く自分でじっくり検討できない／業務量が多く重要なことを見過ごす不安あり／仕事量が飽和状態で専門性を発揮する機会がない
- ・研修は充実しているが、業務多忙で参加できない／業務多忙のため日常業務に手一杯で、最新の専門知識の習得や海外当局との交流が中途半端／自己研鑽が必要と感じながら、時間的余裕がない
- ・PMDA幹部が達成困難な組織目標を立てるため、職員は深夜残業となる
- ・欧米に比して人数不足であるにもかかわらず審査スピードを同等にするため、1人当たりの仕事量が多い
- ・無駄な仕事が多く超過勤務が恒常化
- ・一部の人、やる気のある人に負担が集中する／経験のある人に仕事が集中する／主任
- ・副主任クラスに過重負担がかかっている／1人当たりの負担にムラが大きい
- ・多忙な人では、製薬会社と比べて業務量の割に待遇が悪い
- ・過酷な労働環境で優秀な人がうつになる／苦情処理でストレスが溜まりノイローゼの人が多い／国民の健康を守るために自分の健康を犠牲にしている感がある
- ・残業を当然とする風潮があり、女性が出産後も働き続けるのは難しいと感じる
- ・深夜残業を認めず、タクシー券を廃止し、21時までは帰宅するようにすべき／無駄な残業を減らすべき
- ・部署によってはあまり仕事がなく、生活残業が多い
- ・職員が意見を述べやすい環境と構築することが重要

- ・労働組合がないこともあり、労使関係の構築がうまくいっていない
- ・職場環境としては良い仕事に専念でき、窮屈に感じない

## 2-6 人員増と人材確保

### (1) 厚生労働省職員の回答

- ・圧倒的に人員不足、職員の熱意と責任感で成り立っている／業務量・業務内容の専門性・責任の重さに比して人が足りない／人員確保し適切な負荷配分が必要
- ・医師・病院薬剤師等の現場経験のある人材の確保が必要／技官の数が圧倒的に少ない／事務補佐員よりも技官を増やすべき／医系・看護系・臨床工学系などの職員も広く採用すべき
- ・人員不足で被害を最小限にするため迅速・十分な対応を取る自信がない／現在の職員数では、日々の問題処理に疲弊し、国民の生命に直結する問題に先手で取り組む余裕がない／適切な緊急対応をするだけの人的・時間的充実が必要
- ・業務が質量ともに急増しているが職員数は横ばいである。省庁間で定員を効率的に再分配することが必要／国家公務員定員法の枠を超えた増員しやすい組織形態が必要
- ・単なる人員増加よりも、人員配置、業務分担マネジメント、有能な人材育成、外部からの人材確保という視点が必要

### (2) PMDA職員の回答

- ・人と予算が圧倒的に不足、過酷な超過勤務により業務が支えられている／増員により職員1人当たりの負担を軽減してほしい
- ・課長級職員は所掌業務が集中し連日深夜となっている／課長級職員数を増やすべき
- ・生物統計・薬剤疫学、臨床、毒性のスペシャリストが不足、増員・体制強化に向けた議論が不十分／臨床医が少ないのは問題／主な疾患領域を十分にカバーするだけの医系審査員を確保すべき
- ・技術系職員が多いので事務系職員が軽視されている／審査を担当する技術系職員をマネジメントする事務系職員の充実も必要／技術系の審査・安全担当者の事務処理負担を軽減するためのシステム改善と事務系人材の育成が必要／重要な分野を派遣職員に負わせており、事務職の増員も必要
- ・人員増加は計画的にすべき。緊急・大幅増員しても即戦力にならず、新人教育のため現職員への負荷がかえって増えている
- ・数百名増員されるが、霞ヶ関薬系官僚の出向ポストを増やすだけになるのは問題
- ・企業・アカデミアから即戦力を採用すべき／製薬会社の人材（高い倫理観をもった優秀な人材）を採用すべき
- ・待遇が上回る製薬企業が競合相手であること、福利厚生が少ないこと、独法不要論、

長時間労働等が人材確保を困難としている／人材確保・能力発揮のため待遇（給与）改善を／給与は公務員に合わせずに専門手当で対応すべき／ 審査員の専門能力を考えれば、PMDAの給与が公務員給与より高いという批判は当たらない。これ以上待遇が悪化すれば優秀な人材の流出を招く

- ・ 人員増員しても、実際には数年経たずに退職し、多くの職員が入れ替わっている状態では組織の充実ははなれない。魅力ある職場にする必要がある。
- ・ 優秀な人材が必要だが、審査関係の場合、個人の業績として何が残るのか気になる。待遇面や人事面から考えてほしい
- ・ 人材確保には達成感確保と専門性向上のための施策が重要
- ・ グローバル化を踏まえ、欧米アジア等の外国籍の職員を一定程度採用すべき
- ・ OJT用に専門家OBの非常勤採用を／民間企業を定年退職した実務経験豊富で優秀で健康な人の採用を
- ・ 外部専門家を活用すべき
- ・ 優秀な人材確保のため、医師・研究者・大学院生等にも知名度を上げるべき
- ・ 最近の新人は情報収集力・洞察力・文書作成能力が乏しいが、採用試験で評価できないか／コミュニケーション能力を持った人材を採用してほしい
- ・ 適材適所で人員配置し適切な人件費の割り振りを
- ・ 現在のマンパワー強化に期待している／増員されれば、日々のルーチン業務に時間的余裕ができ、さらなる安全対策を実行できる
- ・ 仕事の進捗の悪いことを人員不足のせいにしすぎ

## 2-7 研修・教育

### (1) 厚生労働省職員の回答

- ・ 人材の養成・訓練／専門性確保・スキル向上のための教育・研修が不十分
- ・ 技官、事務官とも医療機関・保健所等の現場経験は必須
- ・ 個人の能力を育成するための機会が皆無
- ・ 科学的な進歩に対応した勉強／最新の流通・販売形態、薬害情報／過去の事例・対応内容を研修する必要あり
- ・ 海外留学の機会がない
- ・ 課・室が違って根はつながっている事案が多く、所管法令だけではなく関連法令を把握している人材育成が必要
- ・ 業務ルール（文書管理、秘密保持、国会対応、倫理法、各種報告手順、予算執行手続等）に関する研修が不十分

### (2) PMDA職員の回答

- ・組織目標が走り人材育成がついていけない／人材育成策を強化すべき／保健医療に密着した業務なので、新人が見て覚えるのは危険／幅広い視野をもった人材育成を
- ・医療機関での研修など、最新の医療環境を学ぶ機会が少ない／医療現場、研究機関、製薬企業などでの長期研修を受けられる体制にしてはどうか／企業、医療現場等で一定期間業務経験を積めると良い／業務の結果の先に患者さんがいることを忘れがち、病院や各種施設への定期的な研修で再確認を
- ・スペシャリストになるため週1回大学研究室で勉強できる余裕が必要／人材育成・確保が一定のレベルになるまで大学教員を併任する時限的措置を検討すべき
- ・予算の関係から学会への参加がかなり制限されている／出向組の幹部・事務系職員に「学会＝遊び」という認識が強い
- ・患者との意見交換／患者団体との対話の機会を増やすべき
- ・研修は充実しているがより一層の充実を／研修制度が充実してきているのは有り難い
- ・新人研修が大学の授業のようであり、研修内容の見直しが必要
- ・派遣職員・非常勤職員に研修の機会がなく知識不十分
- ・過去のことを学ぶ機会があってもよい
- ・社会人としての基本的なマナー・考え方の教育も必要
- ・審査業務のノウハウが職人芸となっており、次世代に伝える方法論の議論が不足
- ・業務改革のできるリーダー育成が重要
- ・技術系の新人の教育に経験を積んだ嘱託職員を活用すべき

## 2-8 やりがいなど

### (1) 厚生労働省職員の回答

#### ① やりがいあり

- ・責任は重いが、自分の家族・友人の生命・健康に関わるものと考えている／やりがいがあり重要な仕事だと思う／人の生命健康に直接関係し、大変責任のある業務／今の業務に就けたことを非常にうれしく思う
- ・国民の保健衛生に直接関われることは有意義、時間にゆとりがあれば、他にも取り組めることがある／やりがいを感じるが、対応を誤ると広く健康被害をもたらす社会問題化するので緊張／重要な業務を担っているという自負はあるが、日々の努力が目につけることがない
- ・やりがいはあるが、体力的に厳しく続けることに不安／労働環境・精神的負担・家庭生活を考えると人を選ぶ仕事／やりがいはあるが深夜帰宅が多く家族に迷惑を掛けている／自身の健康に留意し、とにかくやるしかない

#### ② やりがいが感じられない

- ・過去の不幸事に対する煩雑な仕事が大きく／過去の検証ばかりで前向きになれない
- ・厚労省・役人＝悪という風潮の中で使命感・やりがいは感じられない／最初から隠しているだろうと言われると、使命感を持ち続けられない／外で胸を張って勤務先をいえない
- ・仕事が多忙すぎる一方で、やりがいを感じる機会が少ない
- ・政策立案・予算要求ばかりで、医療現場の現状が正しく反映されているか分からず、モチベーションが上がらない
- ・企業からは疎まれ、患者団体などからは批判される

### ③ 批判などについて

- ・国民に理解されていない医薬業務に、国民の理解を得られるよう検討の必要あり
- ・激務で頑張ってもこれだけ批判を受けるのかと強く感じるが、業務を理解してくれる一部の人もいるという思いから、薬務行政に関わっている／社会批判のために強いストレスを感じる／マスコミからのバッシングがひどく、政策が萎縮している／世間やマスコミからの批判が大きく優秀な若手が早期退職する／いわれのない誹謗・誤解を受け信用されていないのが残念／厚労省職員・薬系技官に対し過度の社会的偏見がある／一般の人からの電話でも「人殺し」などと罵られることがある。何かあるとマスコミに取り上げられ、また印象が悪くなる
- ・組織・システムに問題があるのに、個人責任を迫るのは疑問
- ・公務員全体に対する風当たりの強さに敏感に反応しているのは、中高生とその親、将来の人材の官民格差とモチベーションが気になる

## (2) PMDA職員の回答

### ① やりがいあり

- ・責任のある業務／使命感を感じる／社会からの期待の大きい組織／新薬を世に送り出す過程に携われる／審査業務はPMDA以外では経験できない／日本の医療環境を整備する仕事／スキル・経験を生かせ、社会的に貢献できる／適切な情報共有、最善のリスク管理より、人々の健康に寄与したい
- ・海外では確立しながら日本では未承認の薬を早く世に出すために就職した
- ・健康被害救済業務は、きわめて重い使命これを肝に銘じて日々業務に励む
- ・企業や医療関係者と面会し、意見を伝えあえることは魅力的
- ・他業種と共同して仕事をして視野が広がるのが魅力的／常に最新の情報を確認し、様々な領域の専門家と意見交換できるなど、自身の成長に役立つ
- ・給与・出世に関心がなく自分を犠牲にしてもやりがいのある仕事をしたいなら、すばらしい職場、社会に貢献しているという満足度はあるが、仕事は常に山積み／やりがいはあるが、重圧感も残業も多い／安い報酬で仕事はハードだが使命感・プライドを



持ってがんばっている／やりがいを感じるが、独法と一括りに論じられることが多い

## ② やりがいなし

- ・組織としてのビジョンがなく、行政の延長線上で仕事をしている感が強く、やりがいが湧かない
- ・希望を持ってきたが、今の状態が続くのであれば辞める

## ③ 批判などについて

- ・個人免責を行ってもらいたい／離職の有無に関係なく、将来にわたり責任を問われることは不安／国家賠償・刑事被告人として裁判所に行くことがあるのか不安
- ・がんばっていることを国民に理解してもらいたい／製品の先に待っている患者さんのために、皆戦っている現状を理解してほしい／国民にもっと評価してほしい重篤な副作用が起こったときのマイナス面しか評価されない／国民に色メガネで見られており、批判されるのみ／企業寄りだと不信感をもたれたり、市販後副作用発生後に後向き評価で批判されるのでは意欲がわからない
- ・不正確な情報に基づくマスコミからの批判的報道で、くだらないストレスがたまる／国民を守りたいのに、マスコミから責められてばかりでつらい／何か問題があるとたたかれるのは、やっつけられないと思う
- ・患者・医師・企業・国の4者が分担責任で医療を行っているのに、プロセスごとに、医師、患者、国が責任追及されるのは不自然
- ・マスコミに取り上げられる廃止すべき独立行政法人と同視されるのは残念
- ・PMDAの業務は批判をされることはあっても評価されることがほとんどなく、自分の仕事が社会にどの程度寄与しているのか実感できない

## 3 本アンケートについて

### 3-1 肯定的

- ・職員の意見を聞いてくれることは有難い／有意義／価値がある意見が述べられる場があるのはよい／厚労省は、組織のトップが職員から業務改善提案を聞く機会がなく、有り難い(以上 MHLW／PMDA)
- ・今後の医薬品行政改善につながればよい／建設的な回答が多いといい／薬害再発防止につながればよい(以上 MHLW／PMDA)
- ・自分の仕事について客観的に考えることができた／日常業務のモチベーションを確認できた(以上 PMDA)
- ・職員の声を拾うことで、中立公正な検討を行う機会が得られる(MHLW)

- ・現場の意見を無視することが問題を生む原因なので、今回の機会はよい／現場の実態を知ることに意味がある(PMDA)
- ・率直に書くことはいいこと(MHLW)
- ・意識向上が期待できる／職員の意識を高める(以上 MHLW)
- ・定期的に繰り返し実施することが有益／今後も何年かおきに実施し、局の中長期的な目標・方向性の設定に活用すべき(以上 MHLW)
- ・同じ考え方の人が多数いることが分れば、薬務行政も前進する(MHLW)
- ・外部からの問題点指摘のみよりも、内部からの指摘があったほうがよい(MHLW)
- ・他省庁でも同様の調査・提言をし、今ある原資を活用・整理してほしい(MHLW)
- ・回答結果に関心がある(MHLW)
- ・薬害について改めて考えることができた(PMDA)

### 3-2 批判的

- ・アンケート目的が不明確／委員会での議論にどう役立つのか／最終報告にどう反映されるのか(以上 MHLW/PMDA)
- ・検討会に強い権限があれば、予算・人数に踏み込んだ提案をしてほしいが、参考にされるだけなら余計な作業／業務改善につながらないなら意味はない／具体的な対策・問題改善につながることは期待できない(以上 PMDA)
- ・アンケート目的が吟味されておらず、実施に値するものだったか事後評価すべき／アンケート内容がこのレベルなら実施すべきでなかった(以上 PMDA)
- ・インタビューしないと意味はない(PMDA)
- ・匿名アンケートでも、職員の本音は分からない(PMDA)
- ・PMDAには様々な背景の職員がおり、意識・考え方が違うがアンケートでそれが分かるのか(PMDA)
- ・回答者の真意が伝わらないことを懸念する(MHLW)

### 3-3 要望など

- ・アンケートよりも現場を見てもらいたい(PMDA)
- ・提言記載の業務内容を実施しているかもアンケートしてほしい(MHLW)
- ・各職員が努力していることを分かって欲しい(PMDA)
- ・内部からの意見と扱われてしまうので、世間からの意見とセットにしてほしい(MHLW)
- ・批判だけでなく、評価すべき点は評価してほしい(MHLW)
- ・優れた提案や現場の問題点をピックアップするという利用をしてほしい(MHLW)
- ・批判だけでなく、より良い政策のための材料に(PMDA)
- ・マスコミによる厚労省いじめが心配(MHLW)

- ・アンケート結果をフィードバックしてほしい(PMDA)
- ・きちんと分析・評価してほしい(MHLW)
- ・これまで野村総研や職員の意見を聞く会でさまざまな意見聴取がおこなわれてきたが、その結果は一般職員に公開されたことはなく、改善されない事項が多かった。このようなアンケートを定期的実施してほしい。(PMDA)

### 3-4 その他

- ・アンケートに対する評価は、結果がどう扱われ、活かされるか次第(MHLW)
- ・自由記載欄が多く何を書いていいかわからない／質問がもう少し具体的であればよい／論点を絞ったアンケートも実施してほしい(以上 MHLW)
- ・選択式の質問を多くしたほうがよい(MHLW)
- ・時間的にもっと余裕があるとよかった(PMDA)
- ・必要に応じてインタビューでもよい(PMDA)
- ・PMDAの「職員の意見を聴く会」もアンケート方式にしたらよい(PMDA)