

上記4病院における肝炎発生報告を受け、ミドリ十字は、1987（S62）年2月27日付け学術部長発の緊急業務連絡を出している。同連絡により、各支店長に対し、「青森支店よりフィブリノゲン投与後、黄疸、肝炎が多数の症例に発現したとの報告があり、各支店においても同様の例がないかを至急調査されたい。」という指示が出されている。この連絡を受け、上記4病院と一部重複するが、名古屋支店より2例（2施設）、宇都宮支店より1例（1施設）、仙台支店より1～2例、広島支店より7例（2施設。うち2例は1986（S61）年に報告済み）の肝炎感染またはその疑いの報告がなされている。

#### イ) 集団肝炎感染に関する厚生省とのやりとり

こうして各地から肝炎感染の情報が集められていく中、ミドリ十字は1987（S62）年3月26日に、厚生省の安全課から青森県の肝炎事故多発に関連して全国調査をするよう指示を受けている。

同年4月8日には安全課から呼び出しを受け、4月8日ならびに4月9日に厚生省にて説明を行っている。この時ミドリ十字は青森県D市立病院の肝炎3例<sup>67</sup>を報告し、青森県A医院についても調査中であると報告している。また、厚生省側から「肝炎の発症した患者の現状を調べること」などを指導されている。

加えて同年4月16日に安全課、監視指導課、生物製剤課の3課合同による調査進捗状況のヒアリングが実施されており、これらのやりとりを踏まえ、1987（S62）年4月20日にフィブリノゲン—ミドリの全面自主回収を開始した。なお、同日付の学術部長から各支店長宛の書面には、対応回答に不一致がないようにという前置きがあった上で「肝炎発生報告は青森県の発生8例以外でない。現在全国で調査中である。」という記載が為されている<sup>68</sup>。

#### ウ) フィブリノゲンHT—ミドリ（加熱製剤）の提供

フィブリノゲン—ミドリの全面自主回収に合わせて、加熱製剤であるフィブリノゲンHT—ミドリの治験品の提供が1987（S62）年4月21日から開始されている。同製剤は、同年4月30日に製造承認が取得されており、同年6月11日には市販が開始されている<sup>69</sup>。

#### エ) ミドリ十字による肝炎調査の開始（非加熱製剤について）

ミドリ十字は、厚生省の口頭指示に基づき、フィブリノゲン—ミドリ（非加熱）による肝炎感染の実態調査を行った。同調査については、1987（S62）年4月18日付医薬安全室長発の連絡メモにて各支店に指示を出している。調査対象は1986（S61）年7月～12月納入の病医院であり、1986（S61）年7月から1987（S62）年4月までにフィブリノゲン—ミドリを投与された患者について、肝炎発症の有無を調査している。なお、同文書には「肝炎発症有と報告されたものについては詳細を調査して厚生省当局へ報告することの指示を受けています」と記載されており、これまでの自発報告による調査との相違点が明らかにされている<sup>70</sup>。

同調査の結果は、「フィブリノゲンの事故報告について」として、1987（S62）年5月8日、同年

<sup>67</sup> 1987（S62）年2月23日付の医薬品等副作用報告書では、合計4例の肝炎発症となっている。両数値の整合性がとれていないことについては、H14.7.16 三菱ウェルファーマ社報告書の中でも「不明」としている。

<sup>68</sup> H14.7.16 三菱ウェルファーマ社報告書 資料2-(2)-9

<sup>69</sup> H14.7.16 三菱ウェルファーマ社報告書 別紙9

<sup>70</sup> H14.7.16 三菱ウェルファーマ社報告書 資料2-(2)-1

5月19日、同年6月12日、同年7月14日の計4回の報告が為されている。以下に各調査の報告内容をまとめる<sup>71</sup>。

**図表 4-33 フィブリノゲン - ミドリ（非加熱）による肝炎発症の調査結果**

年月日	報告症例数
①1987（S62）年 5月8日	39軒 57例
②1987（S62）年 5月19日	45軒 65例
③1987（S62）年 6月12日	47軒 71例
④1987（S62）年 7月14日（最終）	41軒 <sup>72</sup> 74例

出所) H14.5.31 三菱ウェルファーマ社報告書 資料1-(4)-4~7

**オ) ミドリ十字による肝炎調査の開始（加熱製剤について）**

非加熱製剤であるフィブリノゲン-ミドリと同様に、加熱製剤であるフィブリノゲン HT-ミドリについても、肝炎発症の有無を調査している。フィブリノゲン HT-ミドリに関する調査は、1987（S62）年4月21日から提供した治験品に関する調査と、同年6月11日から提供した市販品に関する調査の2つに分けることができるが、調査結果の報告は、それらを合わせて1987（S62）年11月5日、1988（S63）年4月5日、同年5月6日の計3回なされている。以下に各調査の報告内容をまとめる<sup>73</sup>。

**図表 4-34 フィブリノゲン HT - ミドリ（加熱）による肝炎発症の調査結果**

年月日	報告症例数
①1987（S62）年 11月5日	3例
②1988（S63）年 4月5日	11例 (新規追加8例)
③1988（S63）年 5月6日（最終）	34例 (846症例中)

出所) H14.5.31 三菱ウェルファーマ社報告書 資料1-(4)-8~10

**カ) フィブリノゲン HT-ミドリの回収後の被害実態の把握（1992（H4）年12月まで）**

加熱製剤においても非A非B型肝炎の発症が確認されたことから、ミドリ十字は1988（S63）年6月6日に緊急安全性情報を配布するとともに、フィブリノゲン HT-ミドリの返品を医療機関に促

<sup>71</sup> 同調査における報告内容については、過少報告であったことが明らかになっている。実際の把握数と報告内容との乖離については、次節の「3) ii) 国への報告ならびに社内意思決定の実態」で詳しくみる。

<sup>72</sup> 第3回中間報告においては47施設であったが、最終報告時に整理した結果41施設となったもの。(出所) H14.8.29 厚生労働省 『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報告書』 p.24)

<sup>73</sup> 同調査における報告内容については、非加熱製剤の時と同様に過少報告であったことが明らかになっている。実際の把握数と報告内容との乖離については、次節の「3) ii) 国への報告ならびに社内意思決定の実態」で詳しくみる。

した。

なお、同製剤の回収後も、フィブリノゲン HT-ミドリによる肝炎発症の調査は自主的に続けられており、1992 (H4) 年 12 月まで調査が行われている。なお、1992 (H4) 年までとなっている理由は、急安全性情報の配布や納入先の限定等により肝炎発生率が 1990 (H2) 年頃から激減し、1992 (H4) 年には自発報告の 1 例のみとなった為、1993 (H5) 年からは全症例調査を中止し、自発報告による情報収集に切り替えた為である<sup>74</sup>。

この 1992 (H4) 年 12 月までの調査過程において、前節で示した 1988 (S63) 年 5 月 6 日の最終報告以降も、肝炎の発現例が把握されている。しかし、この間に把握された症例は厚生省に報告されていない。これについては、『フィブリノゲン-HT (SD 処理) 治験薬の継続提供、及びフィブリノゲン-HT (乾燥加熱) の肝炎事故報告の処理についての社内打合せ』(1994 (H6) 年 2 月 10 日作成) という資料に、「昭和 63 年から平成 5 年までフィブリノゲン-HT (乾燥加熱) の肝炎発現が 38 例あり、その取扱いについて議論したが、63 年当時の解釈として「肝炎発現は事故であり副作用でないため、厚生省に報告する(薬事法での 30 日報告等)義務はない。」であり、その論法を取り厚生省への報告は今回行わない。」という記載が残されている。

#### キ) 2001 (H13) 年以降における被害実態の再集計

2001 (H13) 年 3 月 26 日に、フィブリノゲン製剤と肝炎・肝障害について、ウェルファイド社が厚生労働省に把握している症例数を報告している。これは、当時のウェルファイド社に現存する資料(1977 (S52) 年以降の自発報告を含む) から、集計対象期間を限定せず、肝炎あるいは肝障害の可能性のある症例のすべてを、フィブリノゲン製剤との因果関係の程度にかかわらず、新たにデータ入力して集計した調査結果である。同調査結果によると、非加熱製剤による症例数が計 163 例、加熱製剤による症例数が計 200 例、加熱製剤+SD 処理による症例数が 0 例となっており、合計で 363 例の症例が把握されている<sup>75</sup>。

また、2001 (H13) 年の 3 月から 4 月にかけて、新たに医療機関等の協力を得て、肝炎発生状況のアンケート調査を実施している。このアンケート調査から詳細情報が新たに得られた 48 例と、アンケートとは無関係の自発報告 4 例の合計 52 例が、2001 (H13) 年 3 月以降平成 14 年 5 月までに新たに収集された被害実態となっている。

なお、この 2 種類の症例に加えて、1986 (S61) 年 9 月 22 日にミドリ十字の静岡支店から上がってきた「顧客の声」の中の 3 症例を加えたものが、いわゆる 418 人リストとなっている。

#### ク) 被害実態の把握に関する調査内容一覧

以上、時系列に沿った形で被害実態の把握に関する概要を整理した。

これらの内容について、集団肝炎感染発生に関連したミドリ十字の動き、集団肝炎感染発生に関連する自発報告の収集状況、ならびに集団肝炎感染発生以降の当該製薬企業による調査内容を整理したものを、それぞれ以下に示す。

<sup>74</sup> H14.8.9 三菱ウェルファーマ社報告書 資料 2-(1)-10

<sup>75</sup> H13.3.26 ウェルファイド社報告書 別添

図表 4-35 集団肝炎感染発生に関連したミドリ十字の動き

年月日	事象
1986 (S61) 年 9月22日	静岡県 C 医院で3例にフィブリノゲンを使用し、3例に血清肝炎が発生したことが「顧客の声」にて報告される。
1986 (S61) 年 (秋頃)	青森県 A 医院より医薬品卸のセールスに「フィブリノゲンで肝炎らしきものあり、ミドリ十字に文献を持参させよ」との連絡あり。 旧ミドリ十字が文献、「使用上の注意」等を A 医院に持参。その後、年内 2~3 回医院訪問するも、医師と面会ができなかったこともあり、特段の指示・要望等は出ず。
1986 (S61) 年 11月17日	広島県 B 総合病院で9月~10月にかけて、2例にフィブリノゲン使用。2例とも肝炎になった旨、「顧客の声」で報告される(11月21日、営業本部・営業推進部が受け)
1987 (S62) 年 1月8日	青森県 A 医院よりミドリ十字に調査依頼あり。
1987 (S62) 年 1月9日	ミドリ十字担当者が患者確認のため青森県 A 医院を訪問。
1987 (S62) 年 1月13日	ミドリ十字担当者が青森県 A 医院を再度訪問。内容の把握と、文献・能書等による学術的説明を実施。
1987 (S62) 年 1月20日	青森県 A 医院分の「副作用報告」を医薬安全室が受け→社内回覧。
1987 (S62) 年 2月13日	1986 (S61) 年より2例の肝炎発生が起こった件で、青森県 D 市立病院をミドリ十字担当者が訪問。
1987 (S62) 年 2月23日~26日	青森県 D 市立病院の肝炎発生報告を医薬安全室が受け。
1987 (S62) 年 2月27日	学術部長発支店長宛「緊急業務連絡」。“青森支店で黄疸、肝炎が多数例に発現したとの報告があるので、関連8ロットで同様の例がないかを至急調査する”旨を指示。
1987 (S62) 年 3月2日~26日	2月27日の緊急業務連絡を受けた報告書が学術部にFAX送付。名古屋支店より2例(2施設)、宇都宮支店から1例(1施設)、仙台支店から1~2例、広島支店から7例(2施設)の肝炎報告あり(いずれも詳細は不明)。
1987 (S62) 年 3月26日	当局よりフィブリノゲンーミドリ(非加熱)投与後の肝炎事故多発について調査指示(安全課:医薬品副作用情報室)
1987 (S62) 年 4月8日	厚生省安全課から呼出しあり。青森県 D 市立病院の肝炎3例を報告、青森県 A 医院についても調査中と報告。早急に調査を実施し、報告をするようにとの指導を受けた。
1987 (S62) 年 4月9日	フィブリノゲン物流→卸への出庫を停止。 監視指導課、安全課、生物製剤課より、肝炎の発症した患者の現状と肝炎の型を早急に調査すべきとの指導を受けた。
1987 (S62) 年 4月16日	厚生省3課会議(安全課・生物製剤課・監視指導課)に呼出しあり。今後の方針・対処・具体策の説明を求められ、厚生省としての考え方、ならびに指導を受ける。
1987 (S62) 年 4月17日	ミドリ十字支店長会議で「フィブリノゲン回収、治験品提供」を説明。同時に厚生省と協議しながら、具体的行動の準備。
1987 (S62) 年 4月18日	医薬安全室長発の連絡メモにて、1986 (S61) 年7月~12月納入病医院における肝炎発症の有無の調査実施を支店へ指示。
1987 (S62) 年 4月20日	フィブリノゲン全面回収開始。 安全課医薬品副作用情報室と打合わせ。調査報告には時間がかかると思われるが、4月27、28日頃の間報を求められた。
1987 (S62) 年 4月21日	フィブリノゲン HT 治験品提供開始
1987 (S62) 年 5月8日	「フィブリノゲンーミドリの事故報告について(第1回中間報告)」を厚生省に提出。
1987 (S62) 年 5月19日	「フィブリノゲンーミドリの事故報告について(第2回中間報告)」を厚生省に提出。
1987 (S62) 年 6月12日	「フィブリノゲンーミドリの事故報告について(第3回中間報告)」を厚生省に提出。
1987 (S62) 年 7月14日	「フィブリノゲンーミドリの事故報告について(第4回最終報告)」を厚生省に提出。
1987 (S62) 年 11月5日	「フィブリノゲン HTーミドリの肝炎調査報告(第1回中間報告)」を厚生省に提出。
1988 (S63) 年	謹告「フィブリノゲン HTーミドリ使用に際してのお願い」配布開始。

2月12日	
1988 (S63) 年 4月5日	「フィブリノゲン HT-ミドリの肝炎調査報告 (第2回中間報告)」を厚生省に提出。
1988 (S63) 年 5月6日	「フィブリノゲン HT-ミドリの肝炎調査報告 (第3回最終報告)」を厚生省に提出。
1988 (S63) 年 6月6日	緊急安全性情報配布開始。

出所) H14.7.16 三菱ウェルファーマ社報告書 別紙9

出所) H14.4.5 三菱ウェルファーマ社報告書 p.12

図表 4-36 集団肝炎感染発生に関連する自発報告の収集状況 (1987 (S62) 年の緊急業務連絡まで)

時期		概要		手法		備考
年	月日	場所	症例数	媒体	報告先	
1986 (S61)	9月22日	静岡 C医院	3例 (3例中)	顧客の声	不明	
	11月17日	広島 B医院	2例	顧客の声	営業本部・営業推進部 →医薬安全室	
1987 (S62)	1月17日	青森 A医院	7例 (8例中)	医薬品等 副作用報告書	医薬安全室	
	2月23日	青森 D市立病院	4例	医薬品等 副作用報告書	医薬安全室	
	3月2日	名古屋支店	2例 (2施設)	FAX	医薬安全室	2月27日付緊急業務連絡に関連した報告
	3月2日	宇都宮支店	1例 (1施設)	FAX	医薬安全室	2月27日付緊急業務連絡に関連した報告
	3月4日	仙台支店	1~2例	FAX	医薬安全室	2月27日付緊急業務連絡に関連した報告
	3月9日	広島支店	7例 (2施設)	FAX	医薬安全室	2月27日付緊急業務連絡に関連した報告。 一部、1986 (S61) 年11月17日付報告と重複。

出所) H14.7.16 三菱ウェルファーマ社報告書 資料2-(1)-1など

図表 4-37 集団肝炎感染発生以降の当該製薬企業による調査内容

	調査①	調査②	調査③	調査④
対象製剤	フィブリノゲンミドリ (非加熱)	フィブリノゲン HT (治験品) (加熱のみ)	フィブリノゲン HT-ミドリ (市販品) (加熱のみ)	全製剤 (加熱+SD 処理の現行製剤を含む)
調査対象期間	1986 (S61) 年 7 月～ 1987 (S62) 年 4 月	1987 (S62) 年 4 月～ 1987 (S62) 年 9 月	1987 (S62) 年 6 月～ 1992 (H4) 年 12 月	限定せず
調査実施期間	1987 (S62) 年 4 月～ 1987 (S62) 年 6 月	1987 (S62) 年 4 月～ 不明	1987 (S62) 年 6 月～ 1992 (H4) 年 12 月	2001 (H13) 年 3 月～ 2001 (H13) 年 4 月
調査方法	調査対象期間の納入先を医薬情報担当者が訪問し、レトロスペクティブに肝炎発症状況を調査し、肝炎発症の実数を記録	使用症例の使用後 3 ヶ月間の経過を調査し、使用症例と肝炎発症の実数を把握	使用された症例を把握し、プロスペクティブに 6 ヶ月間、追跡調査し、使用症例と肝炎発症の実数を把握	使用経験のある医師を対象に、使用症例数と肝炎発生数をアンケート調査し、肝炎発生率と発生概数を推定
1987 (S62) 年、1988 (S63) 年当時の報告	1987 (S62) 年 5 月 8 日「第 1 回中間報告」→15 例 1987 (S62) 年 5 月 19 日「第 2 回中間報告」→10 例 1987 (S62) 年 6 月 12 日「第 3 回中間報告」→15 例 1987 (S62) 年 7 月 14 日「第 4 回最終報告」→18 例  計、詳細調査不能の 16 例を含め、41 施設から肝炎 74 例	1987 (S62) 年 11 月 5 日「肝炎調査報告」→3 例  1988 (S63) 年 4 月 5 日「肝炎調査報告」→累積 11 例  1988 (S63) 年 5 月 6 日「肝炎調査報告(最終)」→計、調査症例数 846 例中 肝炎 34 例  (うち、非 A 非 B 型肝炎として、1988 (S63) 年 6 月の緊急安全性情報に 14 例が紹介された)	—	
厚生労働大臣の報告命令に基づく報告 (2001 (H13) 年、2002 (H14) 年)	2001 (H13) 年 3 月 26 日 上記の調査対象期間以外の自発報告例を含め、非加熱製剤全体として、 静注 138 例 糊 25 例 計 163 例 (製剤特定不能の 1 例を含む)	2001 (H13) 年 3 月 26 日 1988 (S63) 年 5 月 6 日報告以後の症例や上記の調査実施期間以外の自発報告例を含め、加熱製剤全体として、 静注 161 例 糊 39 例 計 200 例  2001 (H13) 年 5 月 18 日 ③について、再集計を行い、肝炎発生率を静注で 12.71%、糊としての使用で 1.04%と推定	2001 (H13) 年 5 月 18 日 肝炎発生概数 静注 8,051 例 糊 474 例 計 8,525 例と推定  2002 (H14) 年 3 月 4 日 肝炎発生概数 静注 9,409 例 糊 1,185 例 計 10,594 例と推定	

出所) H14.5.31 三菱ウェルファーマ社報告書 p.11

## ② 集団肝炎感染発生時の被害実態の把握方法に関する考察

### 一元的に情報を取扱う部門が存在していなかった点

(4) -2) - i) と同様に、製剤の安全性に関する情報が単一の組織によって一元的に管理されていなかった点は、肝炎感染発生時においても問題であったと言える。

当時の情報収集部門は、1988 (S63) 年 3 月に医薬情報部が組織されるまで、営業・開発・研究の 3 部門で情報収集部門を組織していた。このような状況では、特に危険なロットが流通して全国で一斉に肝炎感染が発生するような状態に陥った時、情報の集約が遅れ、迅速な対応がとれないなどの弊害が生まれると考えられる。

たとえば 1986 (S61) 年 9 月 22 日に静岡支店から上がってきた感染情報は、クレーム等が記載される「顧客の声」の中で報告されており、少なくとも直接医薬安全室へと情報が届けられることはなかったと推察される。なお、静岡の事例と同様に「顧客の声」で肝炎感染例が報告された 1986 (S61) 年 11 月 17 日の広島の場合では、営業本部・営業推進室が情報を受けた後、医薬安全室を含めた関係各所で回覧をしていることが確認されている。

### 情報取扱い体制の構築が十分でなかった点

1988 (S63) 年 2 月まで副作用情報の取扱いを担っていた医薬安全室は、当時 2 名の担当で調査等を実施していた。そのため、1987 (S62) 年 4 月～6 月の間に実施された非加熱製剤（フィブリノゲン・ミドリ）による肝炎感染実態調査、ならびに 1987 (S62) 年 4 月から実施された加熱製剤による肝炎感染実態調査<sup>76</sup>で収集された情報を取扱うには、人数が不足していたと考えられる<sup>77</sup>。実際にウェルファイド社も、2001 (H13) 年 9 月 27 日の報告書の中で「全国一斉に、しかも短期間に実施した肝炎調査（非加熱・加熱）では、業務量の急増により収集した情報の整理や評価が十分に遂行できなかった」という当時の関係者の発言を載せ、当時の体制の不十分さに言及している<sup>78</sup>。

また、収集した情報の管理に関する社内規程が欠如していた点も問題であったと言える。たとえば収集された症例情報に一連の番号が振られていないなど、情報の整理・評価の際に支障をきたす管理体制だったことが分かっている<sup>79</sup>。これは人数不足もその一因と考えることができるが、感染情報等の受付・評価・報告および保存に関する社内規程が作成されていなかったことは、一元的な情報管理体制ができていなかったことも相まって、問題を大きくさせた可能性がある。

### 市販後調査業務に係る社内監視体制に不備があった点

感染症情報等の処理が適正に実施されているかどうかを監視する社内体制が備わっていなかった点も、問題であったと言える。

たとえば 1987 (S62) 年 4 月 20 日付けで学術部長から各支店長宛に出された書面には、対応回答に不一致がないようにという前置きがあった上で「肝炎発生報告は青森県の発生 8 例以外でない。現在全国で調査中である。」という記載が為されていた。1986 (S61) 年には静岡ならびに広島から、1987 (S62) 年 3 月には名古屋・宇都宮・仙台からも肝炎幹線の疑いがあるとの情報が入ってきてい

<sup>76</sup> 4 月から実施されたのは治験品であり、市販品の調査は 6 月からである。

<sup>77</sup> H13.9.27 ウェルファイド社報告書 p.4

<sup>78</sup> H13.9.27 ウェルファイド社報告書 p.3

<sup>79</sup> H13.3.26 ウェルファイド社報告書 p.11

たにもかかわらず、このような不適切な表現を用いて調査・回収業務に当たっていたことは、問題であったと言える。

#### 安全性の追求に関する意識が欠如していた点

上記のような社内情報管理体制の構築不備等の影響があるが、発生した事象全体を通じて、企業の対応が遅いことが伺える。

たとえば、1987（S62）年1月20日に青森県A医院における医薬品等副作用報告書を回覧し、投与8例中7例で肝炎発生という実態を把握したにもかかわらず、関連ロットによる類似事例の収集に至るには、同年2月27日の緊急業務連絡の配布まで待たなければならない。また1987（S62）年2月26日に、青森県D市立病院に関する医薬品等副作用報告書を回覧した際、同報告書には「本4症例については厚生省に報告する方向で検討して行きたい」と記載されているにもかかわらず、実際に厚生省に報告したのは同年4月8日での口頭報告が最初となっている<sup>80</sup>。

薬害被害の拡大を防ぐためには、迅速な医薬品利用の停止が求められることを考慮すれば、製薬企業として安全性を迫及する意識が十分でなかったと言わざるをえない。

---

<sup>80</sup> H14.7.16 三菱ウェルファーマ社報告書 p.28



〔参考資料〕

2007年10月時点の田辺三菱製薬における安全性管理体制について、同社から得た回答を記す<sup>81</sup>。

#### 安全性確保に関する方針

薬事法では副作用等の安全性情報を収集報告することを定めており（第77条の3）、この他に再審査（第14条4の4）、再評価（第14条4の6）などの医薬品（医療用・一般用）、医薬部外品、化粧品、医療機器などの製造販売承認保持者が実施すべき事項が規定され、更に具体的な行動規範は薬事法施行規則、「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」（以下「GVP」省令）、「医薬品の製造販売後の調査及び試験の実施の基準に関する省令」（以下「GPSP」）などの関連法規、行政通知に定められている。

田辺三菱製薬では、GVP及びGPSPの実施主体として安全管理統括部を設置し「管理部門」としている。また、情報の収集・伝達等の医療機関と直接に接する業務は、営業本部内の部・支店を単位として「実施部門」を設置している。市販後の臨床試験は、GCPに準拠しなければならないことより開発部門に業務を委託するため、試験単位ごとに「実施部門」として取り扱っている。参考までに、組織図を以下に貼付する。

---

<sup>81</sup> H20.12.19 田辺三菱提供資料 『「お訊ね」に対する回答（2）』