

事務連絡
平成 21 年 7 月 9 日

各都道府県 衛生主管部（局）
抗インフルエンザウイルス薬備蓄担当者 殿

厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部

政府において備蓄した抗インフルエンザウイルス薬の
都道府県への放出手順について

標記については、「政府において備蓄した抗インフルエンザウイルス薬の都道府県への放出方法等について」（平成 19 年 9 月 28 日付け医政経発第 0928003 号、健感発第 0928003 号厚生労働省医政局経済課長、健康局結核感染症課長通知）により、基本的な考え方等を連絡しているところですが、今般、具体的な放出手順について、別添「政府備蓄抗インフルエンザウイルス薬放出手順書（以下「手順書」という。）」のとおりとりまとめましたのでお知らせします。今後、政府備蓄抗インフルエンザウイルス薬の補充を要請する際には、手順書に沿って処理を進めてください。

なお、この内容については、社団法人日本医薬品卸業連合会あて、別添（写）のとおり連絡したことを申し添えます。

また、手順書別表 1（都道府県補充要請担当者一覧）作成のため、同表の項目内容について、下記照会先まで登録をお願いします。（既に、「新型インフルエンザ対応として医薬品を送る際の担当者」について各都道府県にファクシミリで照会をしており、補充要請担当者がその際の回答と同じ場合には、登録は不要です。）

照会先 健康局結核感染症課
Tel.03-3595-2257 Fax.03-3581-6251

別添（写）

事 務 連 絡

平成 21 年 7 月 9 日

社団法人日本医薬品卸業連合会 御中

厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部

政府において備蓄した抗インフルエンザウイルス薬の
都道府県への放出手順について

標記については、「政府において備蓄した抗インフルエンザウイルス薬の都道府県への放出方法等について」（平成 19 年 9 月 28 日付け医政経発第 0928004 号、健感発第 0928004 号厚生労働省医政局経済課長、健康局結核感染症課長通知）により、基本的な考え方等を連絡しているところですが、今般、具体的な放出手順について、別添「政府備蓄抗インフルエンザウイルス薬放出手順書（以下「手順書」という。）」のとおりとりまとめましたのでお知らせします。今後、政府備蓄抗インフルエンザウイルス薬が放出される際には、手順書に沿って処理を進められるよう各都道府県幹事卸あて周知願います。

なお、この内容については、各都道府県担当者あて、別添（写）のとおり連絡したことを申し添えます。

また、お手数ですが、手順書別表 2（都道府県幹事卸荷受責任者一覧）作成のため、同表の項目内容について貴連合会においてお取りまとめいただき、下記照会先までご連絡いただきますようお願い申し上げます。

照会先 健康局結核感染症課
Tel.03-3595-2257 Fax.03-3581-6251

政府備蓄抗インフルエンザウイルス薬放出手順書

1 各都道府県が政府備蓄分の抗インフルエンザウイルス薬の当該都道府県への補充を要請する際は、次の要領で行う。

(1) 各都道府県の補充要請担当者は、**厚生労働省補充要請窓口** へ、ファックス又はE-MAILで **補充要請書(様式1)** を送付することにより、補充要請を行う。

その際、補充要請書(様式1)の右上にある **要請番号** 欄に次の要領で番号を記入してください。その他は別添の記載例を参考にしてください。

(記入例) 沖縄県の第1回補充要請の場合

47-01

都道府県番号 何回目の要請に当たるかを2桁、前0(ゼロ)で

【厚生労働省補充要請窓口】

健康局結核感染症課

電話：03-3595-2257

FAX：03-3581-6251

(2) 各都道府県の補充要請担当者は、補充要請書を送付後、厚生労働省補充要請窓口の担当者まで、必ず電話にて補充要請書の到達を確認する。

2 厚生労働省が政府備蓄分の抗インフルエンザウイルス薬の都道府県への放出を行う際は、次の要領で行う。

(1) 厚生労働省補充要請窓口の担当者は、補充要請書の内容を確認し、適当と認められる時は、あらかじめ定める決裁手続きを経て当該都道府県への放出を決定する。

- (2) 厚生労働省補充要請窓口の担当者は、放出決定後、都道府県の補充要請担当者あて、ファックス又は E-MAILで放出の決定を連絡する。
- (3) 厚生労働省補充要請窓口の担当者は、放出決定の連絡を送付後、必ず電話にて決定の連絡の到達を確認する。
- (4) 厚生労働省補充要請窓口の担当者は、本部事務局長の決定を受けて、政府備蓄抗インフルエンザウイルス薬の **保管業者の出荷連絡窓口** あて、ファックス又は E-MAILで **出荷指図書(様式2)** を送付することにより、出荷の指示を行う。
- (5) 厚生労働省補充要請窓口の担当者は、出荷指図書を送付後、保管業者の出荷担当窓口まで、必ず電話にて出荷指図書の到達を確認する。
- 3 **保管業者**が政府備蓄抗インフルエンザウイルス薬の各都道府県幹事卸への出荷を行う際は、次の要領で行う。
- (1) 保管業者の出荷連絡窓口担当者は、出荷指図書の内容を確認し、社内手続きを経て都道府県幹事卸への政府備蓄抗インフルエンザウイルス薬の出荷を行う。
- (2) 保管業者の出荷連絡窓口担当者は、政府備蓄抗インフルエンザウイルス薬の出荷後、速やかに、**厚生労働省補充要請窓口** あて、ファックス又は E-MAILで **出荷通知書(様式3)** を送付する。
- (3) 保管業者の出荷連絡窓口担当者は、出荷通知書を送付後、厚生労働省補充要請窓口まで、必ず電話にて出荷通知書の到達を確認する。
- 4 **厚生労働省**から各都道府県及び都道府県幹事卸への政府備蓄抗インフルエンザウイルス薬の出荷についての連絡は、次の要領で行う。
- (1) 厚生労働省補充要請窓口の担当者は、出荷通知書を受領後、速やかに **都道府県の補充要請担当者(別表1)** あて、ファックス又は E-MAILで **出荷通知書(写)** を送付する。
- (2) 厚生労働省補充要請窓口の担当者は、出荷通知書(写)を送付後、都道府県の補充要請担当者まで、必ず電話にて出荷通知書(写)の到達を確認する。

(3) 厚生労働省補充要請窓口の担当者は、出荷通知書を受領後、速やかに、**都道府県幹事卸の荷受責任者(別表2)** へ、ファックス又は E-MAIL で **出荷通知書(写)** を送付する。

(4) 厚生労働省補充要請窓口の担当者は、出荷通知書の写を送付後、都道府県幹事卸の荷受責任者まで、必ず電話にて出荷通知書(写)の到達を確認する。

5 **都道府県幹事卸**が政府備蓄抗インフルエンザウイルス薬の荷受を行う際には、次の要領で行う。

(1) 都道府県幹事卸の荷受責任者は、政府備蓄抗インフルエンザウイルス薬の着荷があった場合には、出荷通知書(写)と照らして着荷を確認する。

(2) 都道府県幹事卸の荷受責任者は、着荷確認後、速やかに、**厚生労働省補充要請窓口** へ、ファックス又は E-MAIL で **着荷報告書(様式4)** を送付する。

(3) 都道府県幹事卸の荷受責任者は、着荷報告書を送付後、厚生労働省補充要請窓口まで、必ず電話にて着荷報告書の到達を確認する。

(4) 都道府県幹事卸の荷受責任者は、着荷報告書送付後、速やかに、**都道府県の補充要請担当者(別表1)** へ、ファックス又は E-MAIL で **着荷報告書(様式4)** を送付する。

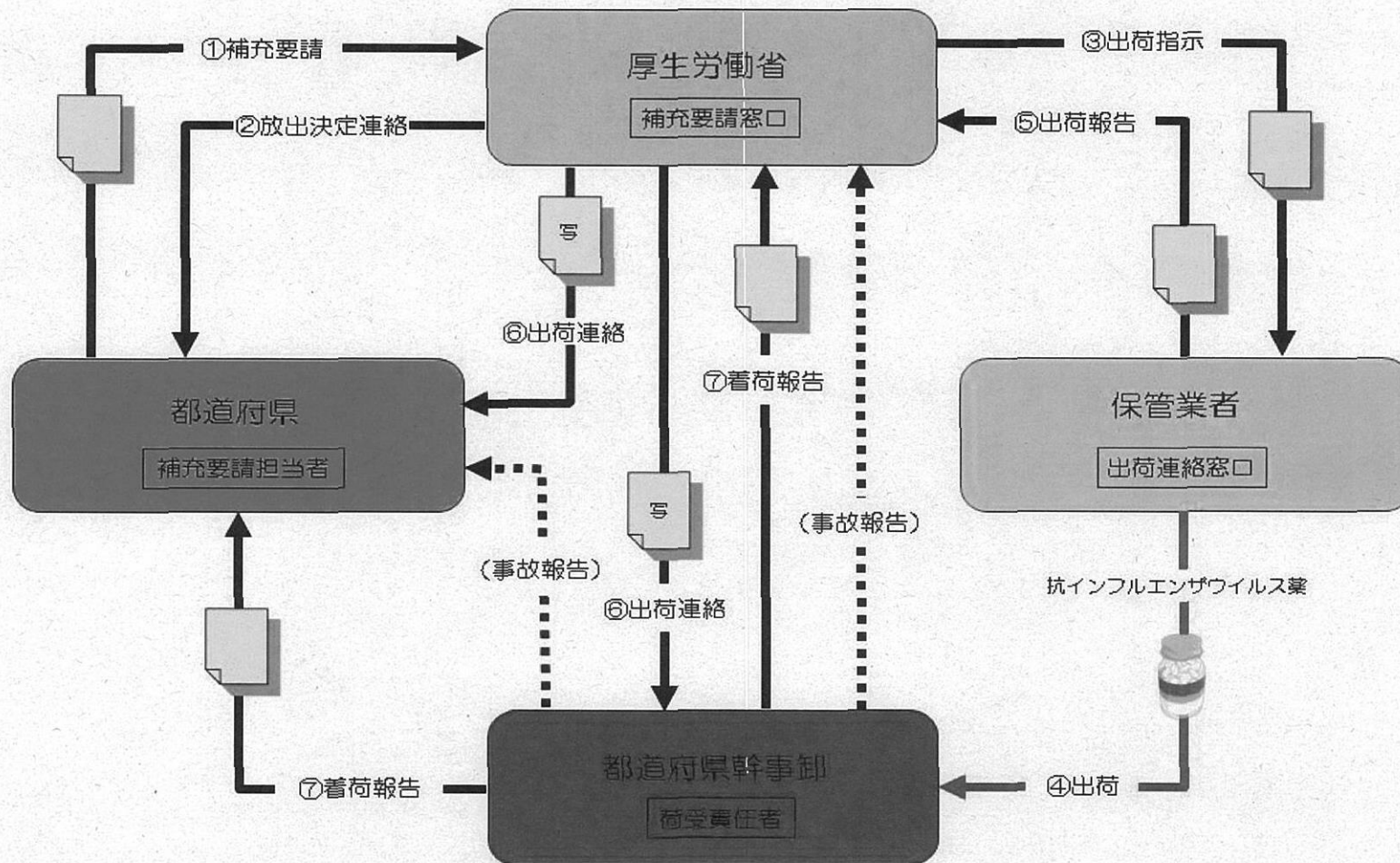
(5) 都道府県幹事卸の荷受責任者は、着荷報告書を送付後、都道府県の補充要請担当者まで、必ず電話にて着荷報告書の到達を確認する。

(6) 都道府県幹事卸の荷受責任者は、着荷予定日に着荷がない場合、着荷の内容(種類・量等)に間違いがある場合には、速やかに、**厚生労働省補充要請窓口** 及び **都道府県の補充要請担当者** まで、電話にてその旨連絡する。

6 その他

(1) 各都道府県は、都道府県幹事卸から着荷報告書を受領後、都道府県幹事卸との間で、補充を受けた政府備蓄抗インフルエンザウイルス薬の当該都道府県内における放出について協議を行う。

政府備蓄抗インフルエンザウイルス薬 放出手順図



都道府県補充要請担当者一覧

(別表1)

No.	都道府県	所属	氏名	電話番号	(携帯電話)	FAX番号	E-MAIL
1	北海道	〇〇〇部△△△課×××係	●●●● ▲▲▲▲	000-111-2222	[090-0000-9999] [080-9999-0000]	000-999-8888	hokkai@hokkaido.pref.jp
2	青森						
3	岩手						
4	宮城						
5	秋田						
6	山形						
7	福島						
8	茨城						
9	栃木						
10	群馬						
11	埼玉						
12	千葉						
13	東京						
14	神奈川						
15	新潟						
16	富山						
17	石川						
18	福井						
19	山梨						
20	長野						
21	岐阜						
22	静岡						
23	愛知						
24	三重						
25	滋賀						
26	京都						
27	大阪						
28	兵庫						
29	奈良						
30	和歌山						
31	鳥取						
32	島根						
33	岡山						
34	広島						
35	山口						
36	徳島						
37	香川						
38	愛媛						
39	高知						
40	福岡						
41	佐賀						
42	長崎						
43	熊本						
44	大分						
45	宮崎						
46	鹿児島						
47	沖縄						

都道府県幹事卸荷受責任者一覧

(別表2)

No.	都道府県	会社名	所属	氏名	電話番号	(携帯電話)	FAX番号	E-MAIL
1	北海道	××××薬品(株)	〇〇〇〇部△△△△課	●●●●	000-111-2222	(090-0000-9999)	000-999-8888	kanjioroshi@batsubatsuyakuhin.co.jp
2	青森							
3	岩手							
4	宮城							
5	秋田							
6	山形							
7	福島							
8	茨城							
9	栃木							
10	群馬							
11	埼玉							
12	千葉							
13	東京							
14	神奈川							
15	新潟							
16	富山							
17	石川							
18	福井							
19	山梨							
20	長野							
21	岐阜							
22	静岡							
23	愛知							
24	三重							
25	滋賀							
26	京都							
27	大阪							
28	兵庫							
29	奈良							
30	和歌山							
31	鳥取							
32	島根							
33	岡山							
34	広島							
35	山口							
36	徳島							
37	香川							
38	愛媛							
39	高知							
40	福岡							
41	佐賀							
42	長崎							
43	熊本							
44	大分							
45	宮崎							
46	鹿児島							
47	沖縄							

様式 1

※ 要請番号	—
-----------	---

※手順書の説明に従って記入してください。

抗インフルエンザウイルス薬 補充要請書

(都・道・府・県) → 厚生労働省

補充要請年月日	平成 年 月 日 ()
補充要請する抗インフルエンザウイルス薬の種類 <small>※該当するものを○で囲む</small>	タミフル ・ リレンザ
補充要請量 <small>※補充要請はカートン単位で 1カートン中 タミフルは 8,000 カプセル(800 人分) リレンザは 1,540 プリスター(77 人分)</small>	タミフル <div style="text-align: right;">カートン(人分)</div>
	リレンザ <div style="text-align: right;">カートン(人分)</div>
輸送先住所 <small>※登録済みの幹事卸輸送先と異なる場合に記入</small>	〒
補充要請担当者連絡先 <small>※担当者は複数名記載すること ※TEL には携帯電話も記載のこと</small>	所属: 氏名: TEL: FAX: E-MAIL:
幹事卸荷受責任者 <small>※TEL には携帯電話も記載のこと</small>	社名: 所属: 氏名: TEL: FAX: E-MAIL:

補充要請については上記のとおり決定する。 平成 年 月 日

		医用品・薬品班長	補充要請確認者	補充要請受付者

様式2

要請番号	—
------	---

抗インフルエンザウイルス薬 出荷指図書

厚生労働省



保管業者

指図日	平成 年 月 日 時
-----	------------

品名	LOT NO.	有効期限	出荷数量(カートン数)

納入日	平成 年 月 日 時
納入先	
納入先住所	〒
幹事卸 荷受責任者 ※TEL には携帯電話も記載のこと	所属: 氏名: TEL: FAX: E-MAIL:

上記のとおり出荷をお願いします。

平成 年 月 日

出荷指示確認者	出荷指示者

様式3

※ 要請番号	—
-----------	---

※対応する出荷指圖書の番号を記入

抗インフルエンザウイルス薬 出荷通知書

保管業者



厚生労働省

発送日	平成 年 月 日 時
-----	------------

品名	LOT NO.	有効期限	納品数量(カートン数)

納入日	平成 年 月 日 時
運送トラック	輸送会社名: 乗務員名: 車番:
納入先	
納入先住所	〒
幹事卸 荷受責任者	所属: 氏名: TEL:

上記のとおり出荷しました。

平成 年 月 日

出荷確認者	出荷責任者

様式4

※ 要請番号	—
-----------	---

※対応する出荷報告書の番号を記入

抗インフルエンザウイルス薬 着荷報告書

幹事卸



厚生労働省・都道府県

都道府県名	
着荷日	平成 年 月 日 時

品名	LOT NO.	有効期限	納品数量(カートン数)

【 合 計 】

タミフル	カートン	カプセル(人分)
リレンザ	カートン	ブリスター(人分)

幹事卸 荷受責任者 ※TEL には携帯電話も記載のこと	社名:
	所属:
	氏名:
	TEL:
	FAX:
	E-MAIL:

上記のとおり着荷しました。

平成 年 月 日

着荷確認者	着荷責任者

記載例

様式 1

青森県の2回目の補充要請

※
要請番号

2 - 02

※手順書の説明に従って記入してください。

抗インフルエンザウイルス薬 補充要請書

(青 森 都 道 府 県) → 厚生労働省

補充要請年月日	平成 21 年 ○ 月 × 日 (△)	
補充要請する抗インフルエンザ ウイルス薬の種類 ※該当するものを○で囲む	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">タミフル</div> ・ リレンザ	
補充要請量 ※補充要請はカートン単位で 1カートン中 タミフルは 8,000 カプセル(800 人分) リレンザは 1,540 プリスター(77 人分)	タミフル	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">タミフルは 8,000 カプセルが 1 カートン リレンザは 1,540 プリスターが 1 カートン</div> 20 カートン(16, 000 人分)
	リレンザ	カートン(人分)
輸送先住所 (地図があれば添付すること)	〒 青森県青森市〇〇町1-1-1	
補充要請担当者連絡先 ※担当者は複数名記載すること ※TELには携帯電話も記載のこと	所属: 青森県××部△△課 氏名: 青森 太郎、弘前 花子 TEL: XXX-XXXX-XXXX, aaa-aaaa-aaaa(青森太郎) FAX: xxx-xxxx-xxxx E-MAIL: abcdefg@aomori.pref.jp	
幹事卸荷受責任者 ※TELには携帯電話も記載のこと	社名: ●●薬品(株) 所属: 青森支店長 氏名: 五所川原 一郎 TEL: XXX-XXXX-XXXX, aaa-aaaa-aaaa FAX: xxx-xxxx-xxxx E-MAIL: xyz123@marumaruyakuhin.co.jp	

タミフルは 10 カプセルが 1 人分
リレンザは 20 プリスターが 1 人分

補充要請については上記のとおり決定する。 平成 年 月 日

		医用品・薬品班長	補充要請確認者	補充要請受付者

この欄は、厚生労働省で使用します。