

事務連絡

令和3年8月2日

神奈川県医師会 御中
神奈川県病院協会 御中
神奈川県精神科病院協会 御中

神奈川県健康医療局医療危機対策本部室
ワクチンチーム

ファイザー社ワクチンの融通申請について

本件の健康医療行政の推進についきましては、日頃格別の御尽力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、令和3年7月5日付け事務連絡「ファイザー社ワクチンの融通範囲の拡大について」における、県への申請方法について下記とお取りまとめましたのでお知らせします。

つきましては、貴会会員へ周知いただきますようお願いいたします。

【申請方法】

- ・ 次の URL から申請してください（メールや電話での申請はご遠慮ください）。
<https://form.kintoneapp.com/public/form/show/961f5ba84eef3f6ff1670dc59838e9c5dbd0765e5d1f935f5196f509778f53d3>
- ・ 申請受理後、速やかに該当する市町村に情報共有します。

【留意事項】

- ・ 対象ワクチンはファイザー社のみです。武田／モデルナ社のワクチンの融通はできませんのでご注意ください。
- ・ 融通元、融通先の両方が基本型接種施設またはサテライト（連携）接種施設として登録されている必要があります。
- ・ 申請には「様式 7-3 再融通用引継ぎシート」及び「様式 7-4 再融通報告書」が必要となります。
- ・ 質問等の問合せ先は次のとおりです。
<https://form.kintoneapp.com/public/form/show/5c965e7c7974e68f1b334813347595df7015c1a5c60b69094b6680d1e13d81c5>

【参考：厚生労働省ホームページ】

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_iryokikanhen_oshirase.html



申請先 QR コード



問合せ用 QR コード

ファイザー社ワクチンの融通範囲の拡大

神奈川県医療危機対策本部室

2021年7月30日

ファイザー社ワクチンの融通範囲の拡大

課題

ワクチンの供給に制限 ⇒ より効率的な使用が求められる。

対応

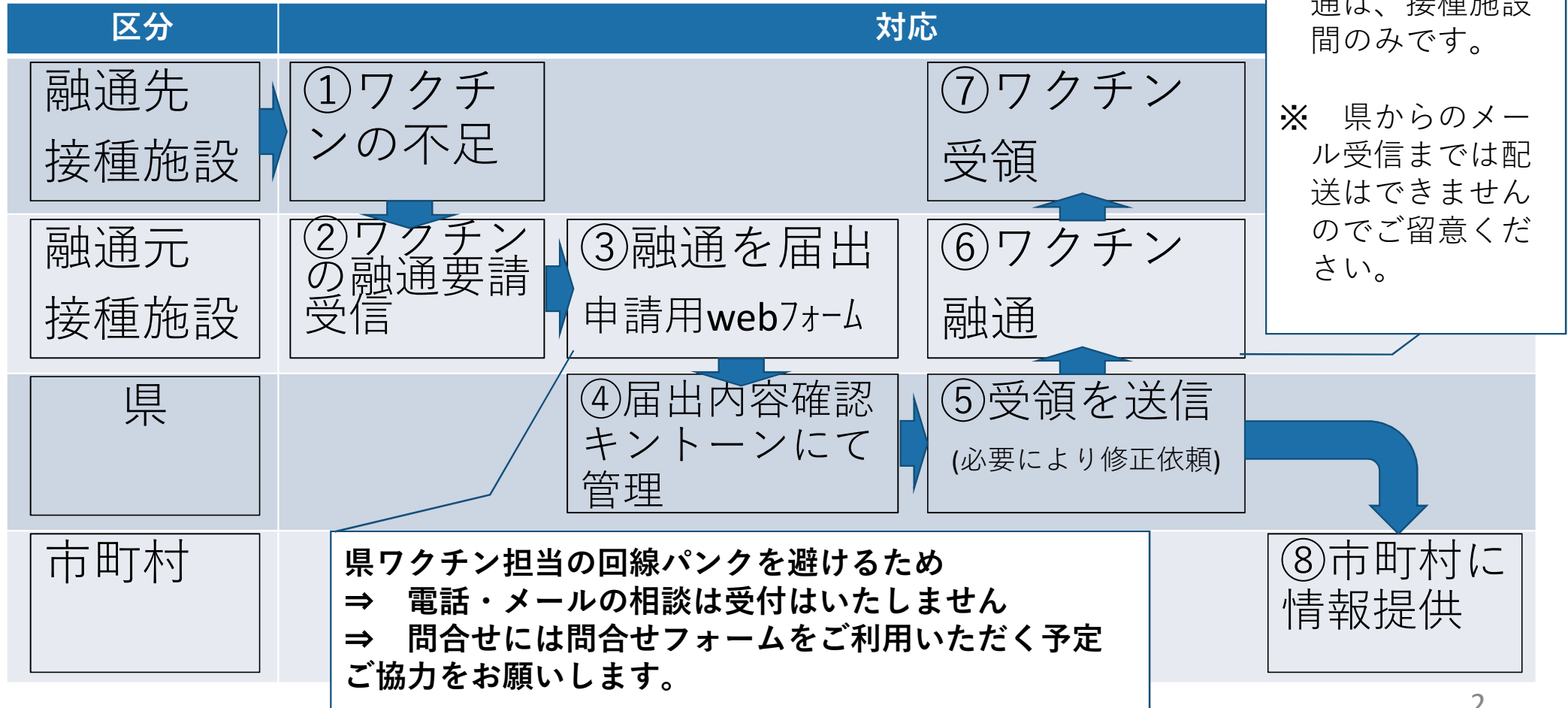
接種施設の分類に関わらず、また回数の制限もなく融通を行う。

範囲拡大に伴う留意点

ただし、緊急回収（リコール）に備え、配送先をしっかりと捕捉する必要がある。

※ 次の方法によりワクチンの融通を緩和し、適切に管理する必要がある

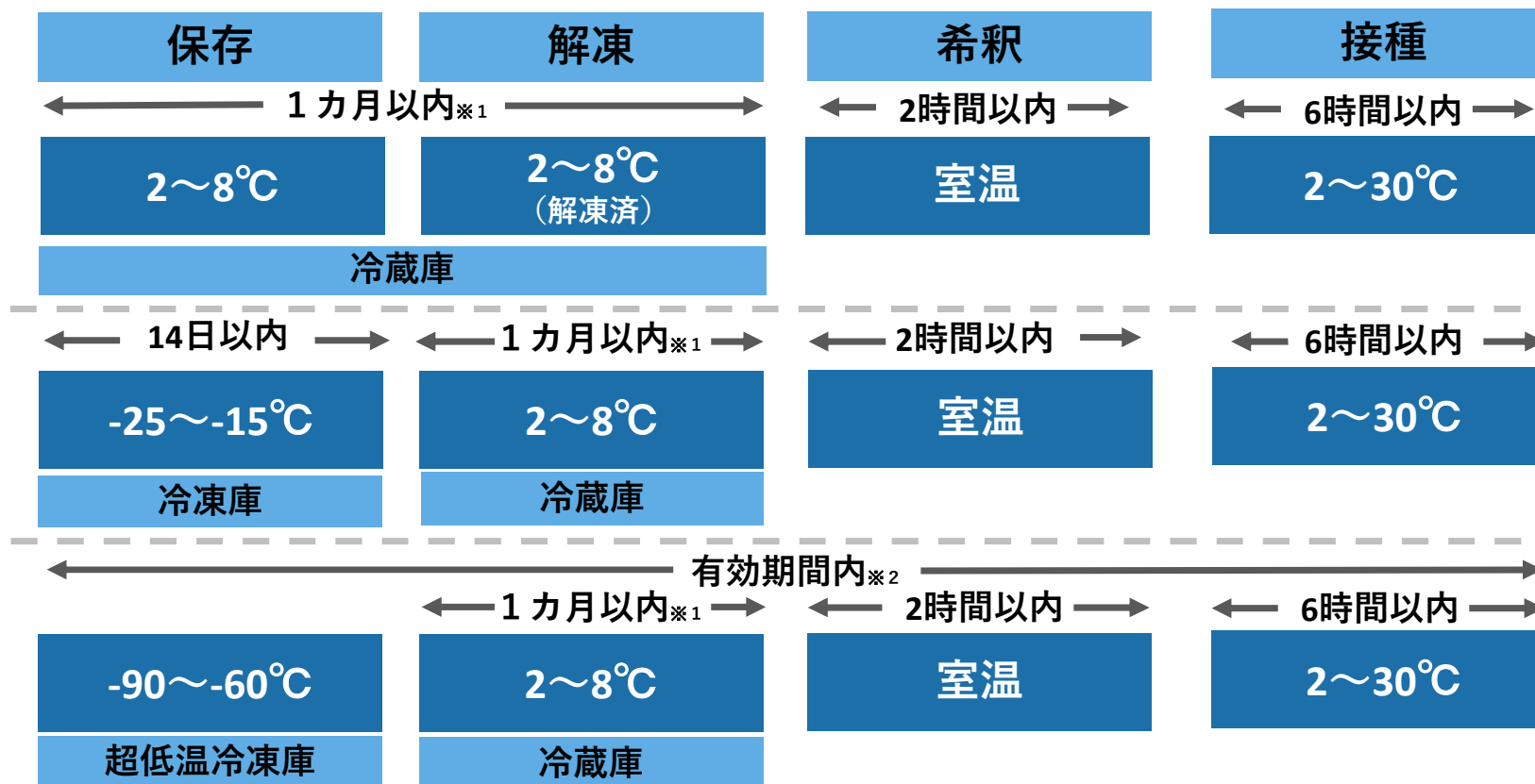
◎ ファイザー社ワクチンの融通方法



(参考) ファイザー社ワクチンの保存温度・期限について



神奈川県



※1 6 月 1 日に 2～8℃での保存期限が 5 日以内⇒ 1 カ月以内に改訂されました。
(1 回の配送で 1 回目接種用と 2 回目接種用ワクチンをまとめて受け取れます。)
(衝撃・振動を避けてください。)

※2 保存期限に関わらず、ワクチンの有効期間内（製造から 6 ヶ月以内）に接種をお願いします。

事務連絡
令和3年7月5日

各都道府県 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

ファイザー社ワクチンの融通範囲の拡大について

ファイザー社ワクチン（以下単に「ワクチン」という。）については、「医療従事者等向けに配分されたワクチンの有効活用について（訂正）」（令和3年5月28日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）において、医療機関に残存するワクチンが、有効期間による期限切れで廃棄されることのないよう、一般住民向けの接種への使用、他施設への融通等により、迅速にワクチンを使用するようお願いしたところです。

また、ワクチンの小分け配送については、「効率的な予防接種の推進に向けた新型コロナワクチンの調整等について」（令和3年5月6日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）により、ファイザー社から直接配送を受けた基本型接種施設から他の基本型接種施設又は連携型/サテライト型接種施設への配送までを可能としてきたところですが、今般、ワクチンの不具合やトラブルにより緊急回収（リコール）が必要になった場合等に、早期にロットを特定し、適切に対応できる状態を担保しつつ、医療機関等に未使用のまま残存するワクチンの更なる有効活用を図るべく、下記のとおり、融通範囲の拡大を行うこととします。管内の市町村（特別区を含む。以下同じ。）及び接種を予定する医療機関並びに関係団体に御連絡いただくようお願いいたします。

記

1 融通範囲の拡大

ファイザー社から直接配送を受けた基本型接種施設以外の基本型接種施設及び連携型/サテライト型接種施設（以下「再融通元施設」という。）も他の基本型接種施設又は連携型/サテライト型接種施設（以下「再融通先施設」という。）に対して、ワクチンの融通を行うことができることとする。

また、再融通先施設が、更に他の基本型接種施設及び連携型/サテライト型接種施設に対してワクチンを融通することや、この融通を受けた施設が、更に他の基本型接種施設及び連携型/サテライト型接種施設に対してワクチンを融

通することも可能とするなど、融通の回数に制限は設けないこととする。

2 再融通時の手続き

再融通元施設が再融通先施設に対して融通を行う場合の手続きは、以下のとおりとする。

- ① 再融通元施設は、融通に係るワクチンをファイザー社から直接ワクチンの配送を受けた基本型接種施設の所在する都道府県に対し、「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する医療機関向け手引き」別記様式7-3の再融通用引継ぎシートを用いて、別記様式7-4とともに、以下の事項を報告する。
 - ・ 基本型接種施設の名称
 - ・ 再融通先施設の名称
 - ・ 再融通の年月日
 - ・ 再融通に係るワクチンのロット番号、バイアル本数
- ② ①の報告を受けた都道府県は、報告を行った施設に対し、融通について了解する旨を伝達する。
- ③ 再融通元施設から再融通先施設へワクチンの移送を行う。

移送に際しては、以下の手続きを行う。

ア 再融通元施設の手続き

 - ・ 再融通元施設は、再融通先施設の名称、ワクチンを渡した日、本数及びロット番号をワクチン分配管理台帳（「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する医療機関向け手引き」別記様式7-2）に記載する。
 - ・ 再融通元施設は、情報連携シート（「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する医療機関向け手引き」別記様式7-1）を作成し、追記した別記様式7-3の再融通用引継ぎシートとワクチンと共に再融通先施設に提供する。
 - ・ 再融通元施設が基本型接種施設の場合は、ワクチン接種円滑化システム（V-SYS）において、再融通先施設に移送したワクチンの本数を入力する。再融通元施設が携帯型/サテライト型接種施設の場合は、当該入力欄がないことから、入力は不要とする。

イ 再融通先施設の手続き

 - ・ 再融通元施設に対し、移送を希望するワクチンの量と使用期間（在庫がなくなる時期）を連絡する。
 - ・ 再融通先施設は、V-SYSにおいて、再融通元施設の名称、移送を受けた年月日、ロット番号及びバイアル本数を入力する。

- ・ 再融通先施設がワクチンを使用した場合は、ワクチンの使用日、使用本数等を「情報連携シート」に記載すること。

また、再融通先施設がワクチンを他の施設に融通する場合は、別記様式7-3の再融通用引継ぎシートをコピーの上、追記し、①～③の手続きをとること

3 留意事項

ワクチンの回収等のため、ファイザー社から都道府県に対し、ワクチンの流通経路等に係る照会がなされた場合は、当該都道府県は当該照会に対応し、上記2①②で報告を受けた事項について回答すること。

(参考資料) ワクチンの小分けを受けた場合の注意事項

【融通を受けたタイミング】

融通元接種施設、年月日、ロット番号、バイアル本数をV-SYS上に入力。

※融通を受けた際に融通元接種施設から提供される「ワクチンの管理に使用する情報提供シート」（様式7-1）の左部分を参照の上、正確に入力ください。

【ワクチンを使用するタイミング】

ワクチンの使用日、使用本数、残り本数を情報提供シート（様式7-1）の右部分に記載し、保管。

様式
7-1

2回目以降の融通を行う場合は、本様式とともに様式7-3再融通用引継ぎシートも提供すること

(融通元接種施設記入欄)

融通元接種施設名： _____

融通先接種施設名： _____

融通回数： _____ 回目

融通元接種施設での保管温度（該当する温度帯に☑）
 2～8℃ -60～-15℃ -90～-60℃

受け渡した日付：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

受け渡したバイアル数： _____ 本

受け渡したロット番号（製造番号）： _____

最後に超低温冷凍庫から取り出した時刻：
 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
 午前・午後 ____ 時 ____ 分

移送温度（該当する温度帯に☑）
 2～8℃ -60～-15℃ -90～-60℃

(注) 保管期限は、2～8℃で移送した場合は、左の「超低温冷凍庫から取り出した時刻」に記載されている最終有効年月日を超過する場合は、バイアルに記載されている最終有効期限は7月2日+14日として記入すること。

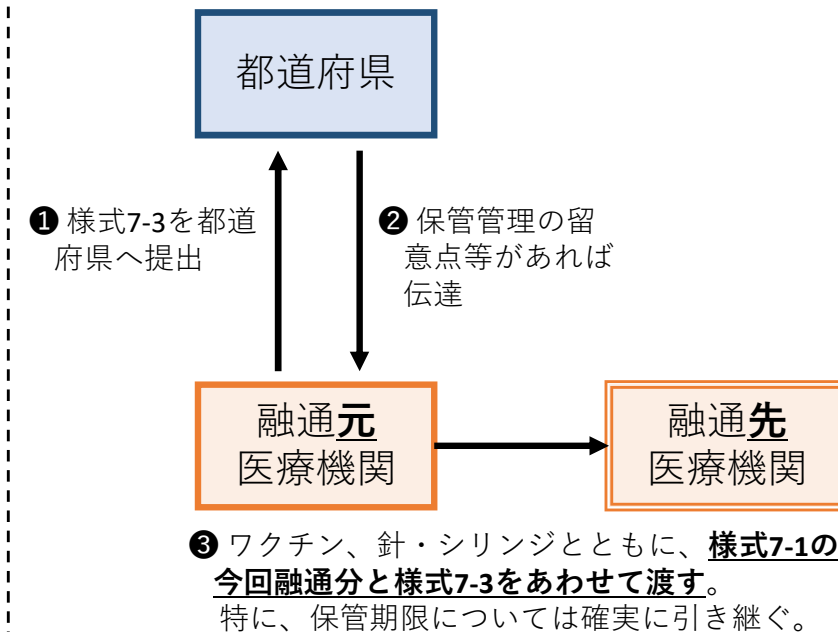
(注) 保管期限は、2～8℃で移送した場合は、左の「超低温冷凍庫から取り出した時刻」に記載されている最終有効年月日を超過する場合は、バイアルに記載されている最終有効期限は7月2日+14日として記入すること。

保管期限（脚注参照）：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
 午前・午後 ____ 時 ____ 分

使用日	使用本数	残り本数

ワクチンの保管期限や使用日などを記載し、3年間保存

2回目以降の融通の場合



参照の上、記載

医療機関間の融通を受けた場合

(融通元の) 基本型接種施設	受けた日	ロット番号	バイアル本数
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 本分



V-SYS

+ 報告内容を追加する

- 選択した報告内容を削除する