

令和5年2月1日

県内薬局 御中

茨城県保健医療部医療局薬務課薬事G

新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（パキロビッドパック）の
調剤に対応する薬局の登録希望について

平素より、本県の薬務行政の推進にご理解、ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記につきまして、令和4年12月23日付けで令和4年2月10日事務連絡「新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（パキロビッド®パック）の医療機関及び薬局への配分について」が改正されました。

本改正事務連絡において、これまで登録要件としておりましたラゲブリオの調剤実績について削除されましたことから、本県においても同様の取扱いといたします。

つきましては、パキロビッドパック対応薬局の登録を希望される薬局で、下記に示す要件すべてを満たす場合は、別紙の【パキロビッドパック対応薬局希望調査票】を当課あてFAXで送付願います。

なお、改正事務連絡で対応薬局の上限目安が示されていることから、ご希望に必ずしも応えられるとは限らないことをご了承ください。また、国で在庫総数を管理していることから、本県では在庫上限数を20人分としておりますので、適切な発注量とし、過剰な在庫は控えていただくようお願いします。

おって、すでにパキロビッドパック対応薬局である薬局においては、改めて調査票を提出いただく必要はありません。

記

以下のアからウまでのいずれも満たしていること。

ア.「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（いわゆる0410通知 添付参照）の「2. 薬局における対応」に記載されている服薬指導等の実施や薬剤の配送等の対応（※）を行うこと。

※0410通知の2.（4）に沿って、医療機関から送付された処方箋に基づき、患者宅へ直接薬剤を届ける、又は地域の運送業者等と連携して配送するなど、患者が薬局に来所せずに手に入る対応ができること。

イ. 夜間・休日、時間外、緊急時の対応（輪番制による対応を含む。）を行うこと。

ウ. 各都道府県内の対象医療機関と緊密な連携がとれること。

問合せ先

茨城県保健医療部医療局薬務課

TEL：029-301-3393

別紙

茨城県保健医療部医療局薬務課あて FAX029-301-3399

【パキロビッドパック対応薬局希望調査票】

	(記載例)	記入欄 <u>(すべての項目の記載が必須です。)</u>
薬局名	〇〇薬局	
郵便番号	〒〇〇〇-〇〇〇〇	
薬局所在地	水戸市笠原町〇〇〇	
電話番号	029-〇〇〇-〇〇〇〇	
FAX 番号	029-〇〇〇-〇〇〇〇	
メールアドレス	×××@△△△△	
開局日又は時間	月～金 9:00～18:00	
時間外・緊急時の 電話番号	080-〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇	
0410 対応	可能	
夜間・休日、時間外、緊急 時の対応	可能	
保険薬局コード (10 桁)	084××××××××	