

福岡医発第 712 号 (総)  
平成 16 年 7 月 16 日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会  
会長 竹 嶋 康 弘



フィブリノゲン製剤納入医療機関等の公表に当たっての  
意見照会について

標記について、日本医師会より別添のとおりまいりましたのでご通知いたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただきますよう  
よろしくお願い申し上げます。

---

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



(地 66)

平成 16 年 7 月 9 日

都道府県医師会

担 当 理 事 殿

日本医師会常任理事

田 島 知 行

フィブリノゲン製剤納入医療機関等の公表に当たっての意見照会について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、フィブリノゲン製剤の納入医療機関等の公表に当たりまして、先般ご連絡したとおり（平成 16 年 6 月 29 日付（地 58F）文書）、厚生労働省より、該当医療機関に対して医療機関名、所在地、連絡先、医療機関側のコメント等の照会が行われました。

本件では、情報公開法に基づく厚生労働省保有行政文書の開示請求にあたり、同文書に名称等が掲載されていて、開示に対する不服申立てを行った医療機関（平成 16 年 5 月 14 日付（地 25F）文書参照）、同開示対象ではあるけれども、不服申立てを行わなかった医療機関、同開示対象ではない医療機関、同開示対象ではない医療機関で既に廃院したもの、以上の 4 類型に分けて照会が行われております。

つきましては、取り急ぎ、貴会に情報提供いたしますので、ご了承くださいますようお願い申し上げます。

平成１６年７月９日

各医療機関の長 殿

厚生労働省医薬食品局  
フィブリノゲン製剤納入先公表チーム

フィブリノゲン製剤の納入医療機関に関する情報の公表について  
(第一次意見照会)

日頃から、公衆衛生の向上に多大な御貢献を賜り、誠に有難うございます。  
さて、当省は、平成１４年度から「Ｃ型肝炎等緊急総合対策」を実施しており、関係部局が連携して、検査の呼び掛けや、検査・治療体制の整備等を行っています。

こうした動きに関連して、先日、内閣府の情報公開審査会（以下「審査会」という。）から、三菱ウェルファーマ社（以下「ウ社」という。）が当該製剤に関して当省に提出した文書の一部開示決定に関する「答申書」（平成１６年２月２０日付け平成１５年度（行情）答申第６１７号）が公表されました。同答申書では、当該製剤に係る緊急安全性情報が配布された昭和６３年６月以前に当該製剤を投与し、又は在庫として保有していたとされる医療機関の名称等は、公にすることが肝炎検査の端緒となり得るため、それにより保護される人の生命、健康等の保護の利益が、公にしないことによる医療機関の利益を上回るとして、開示すべきとされています。

当省としては、同答申書の趣旨を踏まえ、当該製剤に関しては、答申書で開示すべきとされた４６９医療機関以外にも多数の納入医療機関（４６９医療機関を含む７０３６医療機関）があることから、これら７０３６医療機関の名称等を公表し、投与された可能性のある方などに「Ｃ型肝炎等緊急総合対策」で整備した検査体制を利用するよう呼び掛けるなどして、Ｃ型肝炎対策の一助とすることとし、平成１６年６月２９日付けで、ウ社から納入医療機関のリストの提出を受けました。このリストの中に、貴院の名称等が記載されていたことから、今般、意見照会をさせていただくものです。（裏面へ続く）

公表に当たっては、ウ社提出リストにおける貴院の名称等に加え、通院されている患者や感染に不安のある方に貴院の状況を正確に伝えるため、貴院のコメントを付けることとしております。各医療機関から回答をいただいた上で、別紙様式の から までの事項を一覧表にして、本年中に公表いたしたく、御協力をよろしくお願いします。

御多忙の折誠に恐縮ですが、 から について誤記があれば訂正欄に記入し、 から について貴院の状況を御回答いただき、平成16年7月23日（金）までに、同封の返信用封筒にて下記連絡先まで御返送下さいますようお願いいたします。

内容の確認は、今回を含め、2回実施いたしますので、御承知おき下さい。

なお、上記答申書を踏まえた行政機関の保有する情報の公開に関する法律（平成11年法律第42号。以下「情報公開法」という。）第9条第1項に基づく厚生労働大臣の開示決定に対しては、一部の医療機関から行政不服審査法（昭和37年法律第160号）による不服申立てがありましたので、その取扱いを、情報公開法第18条に基づき審査会に諮問しております。審査会の審査が終了し、新たな答申書が示された場合、その趣旨を踏まえて公表する範囲を見直すことを申し添えます。

（不明な点のお問い合わせ先）

厚生労働省医薬食品局フィブリノゲン製剤納入先公表チーム

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

TEL：03-3595-2297（お問い合わせ専用）

（受付期間・時間）

7/12（月）から7/23（金） 土・日・祝日を除く。

9：00から17：00まで

E-mail：ikenshoukai@mhlw.go.jp

（ F A Xでのお問い合わせ及び御意見の提出は御遠慮ください。）

(整理番号) 項 - 項目 1

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|--|
| 名 称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 項目 3           | 訂正欄        |  |
| 経営形態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 項目 4           | 訂正欄        |  |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 〒項目 5<br>項目 6  |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 訂正欄            |            |  |
| 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 項目 7           | 訂正欄        |  |
| 備 考                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 項目 1 0         |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 訂正欄            |            |  |
| 連絡窓口                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 担当者又は<br>担当部局名 | 電 話<br>番号等 |  |
| <p>昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前にフィブリノゲン製剤（「フィブリノーゲン - BBank」, 「フィブリノーゲン - ミドリ」, 「フィブリノゲン - ミドリ」又は「フィブリノゲン HT - ミドリ」をいう。以下同じ。）を納入した記録（診療録、納入簿など）が保管されていますか（該当する□に「レ」を御記入下さい。）。</p> <p><input type="checkbox"/> 納入記録が保管されており、フィブリノゲン製剤を納入した記録あり。<br/>（保管期間：      年      月      日から      年      月      日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 納入記録が保管されているが、フィブリノゲン製剤を納入した記録なし。<br/>（保管期間：      年      月      日から      年      月      日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前の納入記録が保管されていない。</p> |                |            |  |
| <p>昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前にフィブリノゲン製剤を投与した記録（診療録、使用簿など）が保管されていますか（該当する□に「レ」を御記入下さい。）。</p> <p><input type="checkbox"/> 投与記録が保管されており、フィブリノゲン製剤を投与した記録あり。<br/>（保管期間：      年      月      日から      年      月      日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 投与記録が保管されているが、フィブリノゲン製剤を投与した記録なし。<br/>（保管期間：      年      月      日から      年      月      日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前の投与記録が保管されていない。</p>                                                                                     |                |            |  |
| <p>フィブリノゲン製剤を投与した事実を、使用の対象者（患者）又はその家族に告知していますか（該当するものを○で囲んで下さい。）。</p> <p style="text-align: center;">は      い      ・      い      い      え</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |            |  |
| <p>その他御意見等ありましたらお寄せください（フィブリノゲン製剤の投与に関する事実に係る事項を公表の対象とします。）。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |            |  |

(注) 1. 訂正欄に書ききれない場合は、別紙とし、その旨を注記して下さい。

2.      と      について診療科が判明した場合は、      に科名を記載して下さい。

平成 16 年 7 月 9 日

各医療機関の長 殿

厚生労働省医薬食品局  
フィブリノゲン製剤納入先公表チーム

フィブリノゲン製剤の納入医療機関に関する情報の公表について  
( 第一次意見照会 )

日頃から、公衆衛生の向上に多大な御貢献を賜り、誠に有難うございます。  
さて、当省は、平成 14 年度から「C 型肝炎等緊急総合対策」を実施しており、関係部局が連携して、検査の呼び掛けや、検査・治療体制の整備等を行っています。

こうした動きに関連して、先日、内閣府の情報公開審査会（以下「審査会」という。）から、三菱ウェルファーマ社（以下「ウ社」という。）が当該製剤に関して当省に提出した文書の一部開示決定に関する「答申書」（平成 16 年 2 月 20 日付け平成 15 年度（行情）答申第 617 号）が公表されました。答申書では、当該製剤に係る緊急安全性情報が配布された昭和 63 年 6 月以前に当該製剤を投与し、又は在庫として保有していたとされる医療機関の名称等は、公にすることが肝炎検査の端緒となり得るため、それにより保護される人の生命、健康等の保護の利益が、公にしないことによる医療機関の利益を上回るとして、開示すべきとされました。これにより、貴院を含む 469 医療機関の名称等が開示対象となっております。

この件について、貴院が行政不服審査法（昭和 37 年法律第 160 号）による不服申立てを行っておられることは承知しておりますが、当省としては、答申書の趣旨を踏まえ、当該製剤に関しては、答申書で開示すべきとされた 469 医療機関以外にも多数の納入医療機関（469 医療機関を含む 7036 医療機関）があることから、これら 7036 医療機関の名称等を公表し、投与された可能性のある方などに「C 型肝炎等緊急総合対策」で整備した検査体制を利用  
( 裏面へ続く )

用するよう呼び掛けるなどして、C型肝炎対策の一助とすることとし、平成16年6月29日付けで、ウ社から新たに納入医療機関のリストの提出を受けました。これは、開示対象となっている資料とは別に、ウ社内の納入記録を見直し、整理したものです。

貴院からは、既に上記答申書を踏まえた開示決定に際して御意見を頂いておりますが、7036医療機関の名称等の公表に当たっては、ウ社から提出されたりリストに記載されている貴院の名称等だけでなく、通院されている患者や感染に不安のある方に貴院の状況を正確に伝えるため、貴院のコメントを付けることとしております。各医療機関から回答を頂いた上で、別紙様式の から までの事項を一覧表にして、本年中に公表いたしたく、御協力をよろしく願います。

また、貴院を含む複数の医療機関からの行政不服審査法による不服申立てについては、その取扱いを行政機関の保有する情報の公開に関する法律（平成11年法律第42号。以下「情報公開法」という。）第18条に基づき審査会に諮問したところであり、今後、審査が行われる予定です。審査が終了し、新たな答申書が示された場合は、その趣旨を踏まえて公表する範囲を見直します。

御多忙の折誠に恐縮ですが、 から について誤記があれば訂正欄に記入し、 から について貴院の状況を御回答いただき、平成16年7月23日（金）までに、同封の返信用封筒にて下記連絡先まで御返送下さいますようお願いいたします。

内容の確認は、今回を含め、2回実施いたしますので、御承知おき下さい。

（不明な点のお問い合わせ先）

厚生労働省医薬食品局フィブリノゲン製剤納入先公表チーム

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

TEL：03-3595-2297（お問い合わせ専用）

（受付期間・時間）

7/12(月)から7/23(金) 土・日・祝日を除く。

9：00から17：00まで

E-mail：ikenshoukai@mhlw.go.jp

（ F A Xでのお問い合わせ及び御意見の提出は御遠慮ください。）

(整理番号) 項 - 項目 1

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|--|
| 名 称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 項目 3           | 訂正欄        |  |
| 経営形態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 項目 4           | 訂正欄        |  |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 〒項目 5<br>項目 6  |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 訂正欄            |            |  |
| 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 項目 7           | 訂正欄        |  |
| 備 考                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 項目 1 0         |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 訂正欄            |            |  |
| 連絡窓口                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 担当者又は<br>担当部局名 | 電 話<br>番号等 |  |
| <p>昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前にフィブリノゲン製剤（「フィブリノーゲン - BBank」, 「フィブリノーゲン - ミドリ」, 「フィブリノゲン - ミドリ」又は「フィブリノゲン HT - ミドリ」をいう。以下同じ。）を納入した記録（診療録、納入簿など）が保管されていますか（該当する□に「レ」を御記入下さい。）。</p> <p><input type="checkbox"/> 納入記録が保管されており、フィブリノゲン製剤を納入した記録あり。<br/>（保管期間：      年    月    日から      年    月    日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 納入記録が保管されているが、フィブリノゲン製剤を納入した記録なし。<br/>（保管期間：      年    月    日から      年    月    日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前の納入記録が保管されていない。</p> |                |            |  |
| <p>昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前にフィブリノゲン製剤を投与した記録（診療録、使用簿など）が保管されていますか（該当する□に「レ」を御記入下さい。）。</p> <p><input type="checkbox"/> 投与記録が保管されており、フィブリノゲン製剤を投与した記録あり。<br/>（保管期間：      年    月    日から      年    月    日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 投与記録が保管されているが、フィブリノゲン製剤を投与した記録なし。<br/>（保管期間：      年    月    日から      年    月    日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前の投与記録が保管されていない。</p>                                                                                     |                |            |  |
| <p>フィブリノゲン製剤を投与した事実を、使用の対象者（患者）又はその家族に告知していますか（該当するものを○で囲んで下さい。）。</p> <p style="text-align: center;">は    い                      ・                      い    い    え</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |            |  |
| <p>その他御意見等ありましたらお寄せください（フィブリノゲン製剤の投与に関する事実に係る事項を公表の対象とします。）。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |            |  |

(注) 1 . 訂正欄に書ききれない場合は、別紙とし、その旨を注記して下さい。

2 .    と    について診療科が判明した場合は、    に科名を記載して下さい。

平成 16 年 7 月 9 日

各医療機関の長 殿

厚生労働省医薬食品局  
フィブリノゲン製剤納入先公表チーム

フィブリノゲン製剤の納入医療機関に関する情報の公表について  
( 第一次意見照会 )

日頃から、公衆衛生の向上に多大な御貢献を賜り、誠に有難うございます。  
さて、当省は、平成 14 年度から「C 型肝炎等緊急総合対策」を実施しており、関係部局が連携して、検査の呼び掛けや、検査・治療体制の整備等を行っています。

こうした動きに関連して、先日、内閣府の情報公開審査会（以下「審査会」という。）から、三菱ウェルファーマ社（以下「ウ社」という。）が当該製剤に関して当省に提出した文書の一部開示決定に関する「答申書」（平成 16 年 2 月 20 日付け平成 15 年度（行情）答申第 617 号）が公表されました。答申書では、当該製剤に係る緊急安全性情報が配布された昭和 63 年 6 月以前に当該製剤を投与し、又は在庫として保有していたとされる医療機関の名称等は、公にすることが肝炎検査の端緒となり得るため、それにより保護される人の生命、健康等の保護の利益が、公にしないことによる医療機関の利益を上回るとして、開示すべきとされました。これにより、貴院を含む 469 医療機関の名称等が開示対象となっております。

当省としては、答申書の趣旨を踏まえ、当該製剤に関しては、答申書で開示すべきとされた 469 医療機関以外にも多数の納入医療機関（469 医療機関を含む 7036 医療機関）があることから、これら 7036 医療機関の名称等を公表し、投与された可能性のある方などに「C 型肝炎等緊急総合対策」で整備した検査体制を利用するよう呼び掛けるなどして、C 型肝炎対策の一助とすることとし、平成 16 年 6 月 29 日付けで、ウ社から新たに納入医療機関のり

( 裏面へ続く )

ストの提出を受けました。これは、開示対象となっている資料とは別に、ウ社内の納入記録を見直し、整理したものです。

貴院には、既に上記答申書を踏まえた開示決定に際して御連絡差し上げましたが、7036医療機関の名称等の公表に当たっては、ウ社から提出されたりストに記載されている貴院の名称等だけでなく、通院されている患者や感染に不安のある方に貴院の状況を正確に伝えるため、貴院のコメントを付けることとしております。各医療機関から回答を頂いた上で、別紙様式の から までの事項を一覧表にして、本年中に公表いたしたく、御協力をよろしくお願いします。

御多忙の折誠に恐縮ですが、 から について誤記があれば訂正欄に記入し、 から について貴院の状況を御回答いただき、平成16年7月23日(金)までに、同封の返信用封筒にて下記連絡先まで御返送下さいますようお願いします。

内容の確認は、今回を含め、2回実施いたしますので、御承知おき下さい。

なお、上記答申書を踏まえた行政機関の保有する情報の公開に関する法律(平成11年法律第42号。以下「情報公開法」という。)第9条第1項に基づく厚生労働大臣の開示決定に対しては、一部の医療機関から行政不服審査法(昭和37年法律第160号)による不服申立てがありましたので、その取扱いを、情報公開法第18条に基づき審査会に諮問しております。審査会の審査が終了し、新たな答申書が示された場合、その趣旨を踏まえて公表する範囲を見直すことを申し添えます。

( 不明な点のお問い合わせ先 )

厚生労働省医薬食品局フィブリノゲン製剤納入先公表チーム

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

TEL : 03 - 3595 - 2297 (お問い合わせ専用)

( 受付期間・時間 )

7 / 12 (月)から7 / 23 (金) 土・日・祝日を除く。

9 : 00 から 17 : 00 まで

E-mail : ikenshoukai@mhlw.go.jp

( F A Xでのお問い合わせ及び御意見の提出は御遠慮ください。 )

(整理番号) 項 - 項目 1

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|--|
| 名 称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 項目 3           | 訂正欄        |  |
| 経営形態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 項目 4           | 訂正欄        |  |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 〒項目 5<br>項目 6  |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 訂正欄            |            |  |
| 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 項目 7           | 訂正欄        |  |
| 備 考                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 項目 1 0         |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 訂正欄            |            |  |
| 連絡窓口                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 担当者又は<br>担当部局名 | 電 話<br>番号等 |  |
| <p>昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前にフィブリノゲン製剤（「フィブリノーゲン - BBank」, 「フィブリノーゲン - ミドリ」, 「フィブリノゲン - ミドリ」又は「フィブリノゲン HT - ミドリ」をいう。以下同じ。）を納入した記録（診療録、納入簿など）が保管されていますか（該当する□に「レ」を御記入下さい。）。</p> <p><input type="checkbox"/> 納入記録が保管されており、フィブリノゲン製剤を納入した記録あり。<br/>（保管期間：      年    月    日から      年    月    日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 納入記録が保管されているが、フィブリノゲン製剤を納入した記録なし。<br/>（保管期間：      年    月    日から      年    月    日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前の納入記録が保管されていない。</p> |                |            |  |
| <p>昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前にフィブリノゲン製剤を投与した記録（診療録、使用簿など）が保管されていますか（該当する□に「レ」を御記入下さい。）。</p> <p><input type="checkbox"/> 投与記録が保管されており、フィブリノゲン製剤を投与した記録あり。<br/>（保管期間：      年    月    日から      年    月    日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 投与記録が保管されているが、フィブリノゲン製剤を投与した記録なし。<br/>（保管期間：      年    月    日から      年    月    日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前の投与記録が保管されていない。</p>                                                                                     |                |            |  |
| <p>フィブリノゲン製剤を投与した事実を、使用の対象者（患者）又はその家族に告知していますか（該当するものを○で囲んで下さい。）。</p> <p style="text-align: center;">は    い                      ・                      い    い    え</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |            |  |
| <p>その他御意見等ありましたらお寄せください（フィブリノゲン製剤の投与に関する事実に係る事項を公表の対象とします。）。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |            |  |

(注) 1 . 訂正欄に書ききれない場合は、別紙とし、その旨を注記して下さい。

2 .    と    について診療科が判明した場合は、    に科名を記載して下さい。

平成１６年７月９日

各医療機関の長 殿

厚生労働省医薬食品局  
フィブリノゲン製剤納入先公表チーム

フィブリノゲン製剤の納入医療機関に関する情報の公表について  
(第一次意見照会)

日頃から、公衆衛生の向上に多大な御貢献を賜り、誠に有難うございます。  
さて、当省は、平成１４年度から「Ｃ型肝炎等緊急総合対策」を実施しており、関係部局が連携して、検査の呼び掛けや、検査・治療体制の整備等を行っています。

こうした動きに関連して、先日、内閣府の情報公開審査会（以下「審査会」という。）から、三菱ウェルファーマ社（以下「ウ社」という。）が当該製剤に関して当省に提出した文書の一部開示決定に関する「答申書」（平成１６年２月２０日付け平成１５年度（行情）答申第６１７号）が公表されました。同答申書では、当該製剤に係る緊急安全性情報が配布された昭和６３年６月以前に当該製剤を投与し、又は在庫として保有していたとされる医療機関の名称等は、公にすることが肝炎検査の端緒となり得るため、それにより保護される人の生命、健康等の保護の利益が、公にしないことによる医療機関の利益を上回るとして、開示すべきとされています。

当省としては、同答申書の趣旨を踏まえ、当該製剤に関しては、答申書で開示すべきとされた４６９医療機関以外にも多数の納入医療機関（４６９医療機関を含む７０３６医療機関）があることから、これら７０３６医療機関の名称等を公表し、投与された可能性のある方などに「Ｃ型肝炎等緊急総合対策」で整備した検査体制を利用するよう呼び掛けるなどして、Ｃ型肝炎対策の一助とすることとし、平成１６年６月２９日付けで、ウ社から納入医療機関のリストの提出を受けました。このリストの中に、かつて貴院の住所地に開業しており、

(裏面へ続く)

現在は廃院又は統廃合された医療機関の名称等が記載されていたことから、今般、意見照会をさせていただくものです。

当省としては、答申の趣旨に則り、現在も開業されている医療機関だけではなく、廃院又は統廃合された医療機関の名称等も、肝炎検査の端緒となるため公表することとしておりますが、公表に当たっては、ウ社提出リストにおける旧医療機関の名称等に加え、感染に不安のある方に現在の状況を正確に伝えるため、関係者のコメントを付けることとしております。各関係者から回答をいただいた上で、別紙様式の から までの事項を一覧表にして、本年中に公表いたしたく、御協力をよろしくお願いします。

御多忙の折誠に恐縮ですが、 から について誤記があれば訂正欄に記入し、 から について旧医療機関について把握されている情報があれば御回答いただき、平成16年7月23日（金）までに、同封の返信用封筒にて下記連絡先まで御返送下さいますようお願いします。

内容の確認は、今回を含め、2回実施いたしますので、御承知おき下さい。

なお、上記答申書を踏まえた行政機関の保有する情報の公開に関する法律（平成11年法律第42号。以下「情報公開法」という。）第9条第1項に基づく厚生労働大臣の開示決定に対しては、一部の医療機関から行政不服審査法（昭和37年法律第160号）による不服申立てがありましたので、その取扱いを、情報公開法第18条に基づき審査会に諮問しております。審査会の審査が終了し、新たな答申書が示された場合、その趣旨を踏まえて公表する範囲を見直すことを申し添えます。

（不明な点のお問い合わせ先）

厚生労働省医薬食品局フィブリノゲン製剤納入先公表チーム

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

TEL：03-3595-2297（お問い合わせ専用）

（受付期間・時間）

7/12（月）から7/23（金） 土・日・祝日を除く。

9：00から17：00まで

E-mail：ikenshoukai@mhlw.go.jp

（ F A Xでのお問い合わせ及び御意見の提出は御遠慮ください。）

(整理番号) 項 - 項目 1

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|--|
| 名 称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 項目 3           | 訂正欄        |  |
| 経営形態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 項目 4           | 訂正欄        |  |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 〒項目 5<br>項目 6  | 訂正欄        |  |
| 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 項目 7           | 訂正欄        |  |
| 備 考                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 項目 1 0         | 訂正欄        |  |
| 連絡窓口                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 担当者又は<br>担当部局名 | 電 話<br>番号等 |  |
| <p>昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前にフィブリノゲン製剤（「フィブリノーゲン - BBank」, 「フィブリノーゲン - ミドリ」, 「フィブリノゲン - ミドリ」又は「フィブリノゲン HT - ミドリ」をいう。以下同じ。）を納入した記録（診療録、納入簿など）が保管されていますか（該当する□に「レ」を御記入下さい。）。</p> <p><input type="checkbox"/> 納入記録が保管されており、フィブリノゲン製剤を納入した記録あり。<br/>（保管期間：      年      月      日から      年      月      日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 納入記録が保管されているが、フィブリノゲン製剤を納入した記録なし。<br/>（保管期間：      年      月      日から      年      月      日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前の納入記録が保管されていない。</p> |                |            |  |
| <p>昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前にフィブリノゲン製剤を投与した記録（診療録、使用簿など）が保管されていますか（該当する□に「レ」を御記入下さい。）。</p> <p><input type="checkbox"/> 投与記録が保管されており、フィブリノゲン製剤を投与した記録あり。<br/>（保管期間：      年      月      日から      年      月      日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 投与記録が保管されているが、フィブリノゲン製剤を投与した記録なし。<br/>（保管期間：      年      月      日から      年      月      日まで）</p> <p><input type="checkbox"/> 昭和 6 3 年 6 月 3 0 日以前の投与記録が保管されていない。</p>                                                                                     |                |            |  |
| <p>フィブリノゲン製剤を投与した事実を、使用の対象者（患者）又はその家族に告知していますか（該当するものを○で囲んで下さい。）。</p> <p style="text-align: center;">は      い      ・      い      い      え</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |            |  |
| <p>その他御意見等ありましたらお寄せください（フィブリノゲン製剤の投与に関する事実に係る事項を公表の対象とします。）。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |            |  |

(注) 1 . 訂正欄に書ききれない場合は、別紙とし、その旨を注記して下さい。  
2 .      と      について診療科が判明した場合は、      に科名を記載して下さい。