

都道府県医師会 担当理事 殿

公益社団法人日本医師会常任理事
宮川 政 昭
(公印省略)

「医薬品供給不足 緊急アンケート」の実施について（協力依頼）

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

医療用医薬品の供給につきましては、2020年12月より、供給不安が続いており、会員の先生方からは多くのご意見をいただいております。本会としても、医療現場からの声を重く受け止め、これまでに製薬団体に対して、増産等の対応をいただくよう要望を行ってきました。これに対して、製薬団体からは令和4年3月29日付け日医発第991号（地564）等を以て貴会宛てに送付の通り、安定供給確保に向けた最大限の対応を実施・継続する旨の回答を受けているところです。

これらの対応により、医療用医薬品の供給量は増加しているところですが、現場には必要な医薬品が届いていない現状があり、国の検討会においても医薬品流通の中で一部供給の偏在があることが問題視されています。

今般、本会では、こうした医療用医薬品の供給状況に関する流通偏在等の現状を把握するため、都道府県医師会や郡市区医師会等に参加されている会員の先生方を対象としたアンケート調査（インターネット調査）を本日より実施させていただくこととしました。入手困難となっている具体的な医薬品名等を把握すると共に、本調査の結果から、供給の偏在等が明らかになった場合は、国の検討会や対象業界団体に対して、改善要望等の働きかけを行うことを考えております。

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くとともに、貴会管下関係医療機関等への周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。会員の先生方におかれましてはご多用のところ大変恐縮ですが、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

記

○ 「医薬品供給不足 緊急アンケート」URL（リンク先のページよりご回答ください。）

https://ebx.jp/urgent_questionnaire/

- * 回答〆切：2023年8月31日（木）
- * 医療機関として1回のみご回答ください。
- * 回答時間5分程度のアンケートとなります。

以上

日本医師会
医薬品供給不足 緊急アンケート

回答×切：2023年8月31日（木）

1. ご回答いただく方に関する情報を教えてください。

所在地の都道府県 **[必須]**

都道府県



医療機関名 **[必須]**

主たる標ぼう診療科 **[必須]**

選択してください



処方箋の発行 **[必須]**

選択してください



2. 院内処方（外来・入院）の場合の医薬品供給状況についてご回答ください。

2-1. 入手困難な医薬品の有無を選択してください。（一つだけ） **[必須]**

有

無

2-2. <2-1で「無」とご回答いただいた方にお尋ねします。>

ご発注されている卸会社名をお選びください。（主要な社名を1社だけ回答してください）

選択してください



2-3. <2-1で「有」とご回答いただいた方にお尋ねします。>

入手困難な医薬品名を教えてください。（上位から最大10品目まで回答いただけます）

※ 左から順に（スマートフォンの場合は上から順に）選択（▼）・カタカナ入力してください

※ 成分名は頭3文字をカタカナ入力すると候補が表示されるので選択してください

※ 誤って「医薬品の追加」をした場合は、4か所空欄にして「確認画面に」に進んでください。

内注外区分

成分名（頭3文字カタカナ入力）

医薬品名・規格

取扱い卸名

(+) 医薬品名の追加

2-4. <2-1で「有」とご回答いただいた方にお尋ねします。>

卸に発注した医薬品の納入状況について、以下から近い選択肢を選んでください。（一つだけ） **[必須]**

- 遅延しているが納品されている
- 発注数が制限されている
- 発注しても納品されない
- 発注ができない

2-5. 医薬品入手のための「対応策」を実施されていれば記載してください。

回答例) 同一医薬品を複数の卸に発注している。

長期処方をやめている。

代替薬に変更している。

(300文字まで)

3. 院外処方の場合の医薬品供給状況について、ご回答ください。

3-1. 院外薬局からの医薬品在庫不足に関する連絡の有無を選択してください。（一つだけ） **[必須]**

有

無

3-2. <3-1で「有」とご回答いただいた方にお尋ねします。>

処方困難な医薬品名を教えてください。（最大上位10品目まで回答いただけます。）

※ 左から順に（スマートフォンの場合は上から順に）選択（▼）・入力してください

※ 成分名は頭3文字をカタカナ入力すると候補が表示されるので選択してください

※ 院外薬局名がご不明な場合は、空欄のままです。

※ 誤って「医薬品名の追加」をした場合は、4か所空欄にして「確認画面に」に進んでください。

内注外区分

-- ▼

成分名（頭3文字カタカナ入力）

医薬品名・規格

-- ▼

院外薬局名（入力）

(+) 医薬品名の追加

3-3. 処方した医薬品が患者に届くための対応策を実施されていれば記載してください。

回答例) 近隣の薬局間同士で医薬品を融通してもらうように依頼している。
地域薬剤師会と連携して薬局間で医薬品を融通してもらっている。

(300文字まで)

4. 設問以外に「医薬品供給不足問題」に関するご意見がありましたら記載してください。

(300文字まで)

確認画面へ

