589
5.9.4

福県医発第1432号（地）
令和５年９月４日

各 医 師 会 長　　殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
（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（再依頼）

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、日本医師会において、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ことを目的として、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）を実施することにつきましては、令和５年８月10日付け福県医発第1250号（地）にてご連絡申し上げているところです。

今般、より多くの医療機関の先生方からご回答いただくため、アンケートの回答締切について、令和５年９月15日（金）へ延長する旨、日本医師会より通知がありました。

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、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

１）本調査においては、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、調査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とされております。

２）本会といたしましても、８月10日開催の本会第15回全理事会で協議の結果、本調査に協力することとしております。

記

➢ **「医薬品供給不足 緊急アンケート」**

下記URL又はQRコードより１医療機関で１回のみ回答をお願いいたします。

回答URL：https://ebx.jp/urgent_questionnaire/

※回答締切：令和５年９月15日（金）

※回答時間：５分程度

以上

小郡三井医師会より

医療保険担当理事　肥山淳一郎
会長　島田昇二郎

日医発第 974 号（技術）
令 和 ５ 年 ８ 月 ２ ５ 日

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）（再）

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、令和５年８月８日付け日医発第 870 号（技術）を以て貴会宛てにご案内のとおり、本会では、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のアンケート調査（インターネット調査）を実施しており、現在までに約 2500 の医療機関にご回答をいただきました。既にご回答いただいた先生方におかれましては、調査へのご協力を賜りましたことを厚く御礼申し上げます。

今般、本会といたしましては、より多くの医療機関の先生方からご回答を賜りたく、アンケートの回答〆切につきまして、**本年９月１５日（金）**へと延長することといたしました。

本調査においては、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、改めて、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よろしく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）~~ ⇒**【延長】2023 年 9 月 15 日（金）**
＊ 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

回答〆切：~~2023年8月31日(木)~~
9月15日(金)まで延長します。

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（▼）・入力してください
※ 成分名は、保険薬辞典や添付文書等を参照し頭3文字を入力すると候補が表示されるので選択してください
例外）
・漢方製剤は漢字3文字を入力してください。
・PL顆粒等は「非ピリン系感冒剤」と入力してください。
・フスコデ類似製品は「鎮咳配合剤」と入力してください。
※ 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、保険薬辞典や添付文書等を参照し頭3文字を入力すると候補が表示されるので選択してください
例外）
・漢方製剤は漢字3文字を入力してください。
・PL顆粒等は「非ピリン系感冒剤」と入力してください。
・フスコデ類似製品は「鎮咳配合剤」と入力してください。
※ 院外薬局名がご不明な場合は、空欄のままで結構です。
※ 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