

日 薬 業 発 第 68 号  
平成 29 年 5 月 26 日

都道府県薬剤師会担当役員 殿

日 本 薬 剤 師 会  
副 会 長 森 昌 平

後発医薬品使用促進にかかる調査の協力依頼について

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

生活保護の医療扶助における後発医薬品に関する取扱いについては、平成 27 年 4 月 18 日付け日薬業発第 17 号ほかにてお知らせしたところですが、厚生労働省社会・援護局保護課より、別添のとおり生活保護受給者に先発医薬品を調剤した事情を把握することを目的とする調査への協力依頼がありました。

後発医薬品の使用促進につきまして、平成 30 年度から平成 32 年度末までの間のなるべく早い時期に 80%以上としていることはご承知のとおりですが、平成 28 年 6 月時点では 69.3%となっており、更なる使用促進が求められております。

これまで生活保護受給者への先発医薬品の調剤状況については、先発医薬品を希望する場合の事情・理由を確認して福祉事務所へ情報提供することになっていましたが、今回の調査は、生活保護法上の指定を受けているとともに回答に Excel を使用できる環境にある薬局に、後発医薬品へ変更可の処方せんを対象として、①先発医薬品名、②処方せんの種類、③先発医薬品を調剤した事情—に関する情報提供を依頼するものです。その調査対象期間は平成 29 年 6 月 24 日（土）～30 日（金）の一週間となり、回答提出期限は同年 7 月 21 日（金）までとなっております。

当該調査にご協力頂ける場合には、まず厚生労働省社会・援護局保護課医療係（[hogo-iryuu@mhlw.go.jp](mailto:hogo-iryuu@mhlw.go.jp)）にメールをし、入力用ファイルを入手して頂く等の手続きが必要です。

つきましては、貴会会員にご周知下さいますよう宜しくお願い申し上げます。

平成29年5月24日

公益社団法人 日本薬剤師会 御中

厚生労働省社会・援護局保護課

後発医薬品使用促進にかかる調査の協力依頼について

平素より、生活保護行政の推進につき格別のご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、生活保護制度における後発医薬品の使用割合につきましては、平成29年央に75%とすることを目標とするとともに、80%とする時期については、平成30年度とすることを基本として具体的に決定することとしておりますが、平成28年6月審査分の使用割合は69.3%となっており、更なる使用促進が求められているところです。

このため、生活保護法の指定を受けている薬局において生活保護受給者に対して先発医薬品を調剤された事情等を把握させていただきたく存じます。（別添が調査の詳細になります。）

つきましては、ご多忙の折、大変お手数ではございますが、こうした趣旨にご高配いただき、貴会の御協力をお願いするとともに貴会会員の皆様に対して協力依頼をしていただくよう何卒よろしくお願い申し上げます。

【担当】

厚生労働省社会・援護局

保護課医療係 大沼、富山

MAIL : hogo-iryuu@mhlw.go.jp

## 後発医薬品使用促進にかかる調査について

### 目的

後発医薬品については、更なる使用促進が求められていることから、先発医薬品が調剤されている理由等を把握し、今後の後発医薬品の使用促進策を検討する上での基礎資料とさせていただきたいものです。

### 調査にご協力いただきたい薬局

生活保護法上の指定を受けているとともに、Excel を使用できる環境にある薬局

### 調査期間

平成 29 年 6 月 24 日（土）～6 月 30 日（金）までの 7 日間

### 調査項目

生活保護受給者に先発医薬品を調剤した場合の、先発医薬品名、処方せんの種類（後発医薬品への変更不可欄へのチェックの有無、銘柄名処方もしくは一般名処方）、先発医薬品を調剤した事情（後発医薬品への変更を不可としている場合は除く）

### 調査方法

（当該依頼をメールにて受け取った場合）

別添の Excel ファイルにご記入の上、平成 29 年 7 月 21 日（金）までに、下記アドレスあて送付いただくようお願いいたします。

（当該依頼を FAX にて受け取った場合）

別添の様式を Excel ファイルで送付いたしますので、下記アドレスあて、メールを送付いただくようお願いいたします。（メール本文に薬局名及び連絡先をご記載いただくようお願いいたします。）

厚生労働省社会・援護局保護課医療係において、メールの受信を確認した後、いただいたメールに Excel ファイルを添付の上、返信いたします。

メールを受信した薬局におかれまして Excel ファイルにご記入の上、平成 29 年 7 月 21 日（金）までに、下記アドレスあて送付いただくようお願いいたします。

### 【担当】

厚生労働省社会・援護局保護課医療係 大沼、富山

メールアドレス：[hogo-iryou@mhlw.go.jp](mailto:hogo-iryou@mhlw.go.jp)

生活保護受給者への先発医薬品の調剤状況(平成29年6月24日から6月30日までの調剤分)

No.	被保護者の年齢	調剤した先発医薬品名	処方せんの種類			処方医が後発医薬品への変更を不可としていない場合に、先発医薬品を調剤した事情等 (後発医薬品への変更不可とされている場合は、記載不要)							
			後発医薬品へのチェックの有無	銘柄名処方	一般名処方	薬局の判断			患者の意向			7 (備考) ・2,3に該当する場合は、具体的理由を記載 ・1～6に当てはまらない場合はその理由を記載 ・複数回答不可	
						1 な薬局 かにつ た後発 たため	2 たづ薬 めき剤 適師が 当が専 で専門 あると な判知 断見し した基	3 た品を こが使 が用過 あし去 つたに た不該 た都後 ため合 が後 生医 じ薬	4 不患者 安者が をが訴 を後発 え発医 たた薬 た品 め品の 使用 に	5 め理前 由か者 ならが 同使単 意用に しし先 なて発 かいる つたこ たこと たを従	6 し価患 なで者 かがあ つる単 たこと た後発 たを理 め医薬 由品に 意薬品 が安		
1	65	ジプレキサ	無	○		○							
		デパス	無		○				○				
		ロヒプノール	有	○									
2	70	ロキソニン	無		○					○			
		ムコスタ	無		○			○					患者が過去に当該薬剤の後発医薬品を使用した際に、蕁麻疹が出たと訴えたため
		モーラステープ	無	○							○		

※1 同一の受給者が指定の期間の間に2回以上来局した場合、行をわけてご記載ください。

(例: 同一の受給者が6月27日と6月30日に来局した場合、「No.10」「No.50」。)

※2 被保護者の年齢は、調剤日時点の年齢をご記載ください。