

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和5年度調査)

後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用に関する意識調査 患者票

※この「患者票」は、後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用状況や考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

後発医薬品(ジェネリック医薬品)とは

先発医薬品(新薬)の特許が切れた後に販売される、先発医薬品と同じ有効成分、同様の効能・効果を持つ医薬品のことです。ジェネリック医薬品は先発医薬品より安価で、経済的です。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、お伺いします。

この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1. 患者本人(代筆の場合も含む)	2. 本人以外のご家族(具体的に:)
3. その他(具体的に:)	

1. 患者さんご自身のことについてお伺いします。

①性別 ※○は1つだけ	1. 男性			2. 女性	
②年代 ※○は1つだけ	1. 9歳以下	2. 10代	3. 20代	4. 30代	5. 40代
	6. 50代	7. 60代	8. 70代	9. 80代	10. 90歳以上
③お住まい	(

以降の設問についても、全て患者さんのことをお答えください(ご記入者が患者ご本人でない場合も、患者さんについてご回答ください)

④お手持ちの健康保険証の種類 ※○は1つだけ ※お手持ちの健康保険証の「保険者」名称をご確認ください。	
1. 国民健康保険(国保)	2. 健康保険組合(健保組合)
3. 全国健康保険協会(協会けんぽ)	4. 共済組合(共済)
5. 後期高齢者医療広域連合(広域連合)	6. その他(具体的に:)
7. わからない	
⑤医療費の自己負担額(医療機関や薬局の窓口で支払う金額)がありますか。 ※○は1つだけ	
1. ある	2. ない
⑥かかりつけ医がいますか。 ※○は1つだけ ※かかりつけ医とは、「なんでも相談でき、必要な時には専門医や専門の医療機関に紹介してくれる、身近で頼りになる医師」のことです。	
1. いる	2. いない
⑦薬について相談ができる、かかりつけの薬剤師がいますか。 ※○は1つだけ	
1. いる	2. いない
⑧病気の治療や管理のため、注射剤(抗リウマチ薬やインスリン製剤、成長ホルモン剤、骨粗鬆症治療薬など)を、あなたご自身で注射していますか。 ※○は1つだけ	
1. している	2. していない

2. 本日の状況等についてお伺いします。

①本日、薬局の窓口で支払った自己負担額(一部負担金)は、いくらでしたか。 ※ない場合は「0」とお書きください。	() 円
②本日、薬局の窓口で支払った自己負担額(前記①の額)がどのくらい安くなれば、今後ジェネリック医薬品を使用したいと思いますか。 ※○は1つだけ ※自己負担額が0円の方は回答不要です。	
1. いくら安くなるかにかかわらず、使用したい	
2. 少しでも安くなるのであれば使用したい	
3. 本日支払った金額よりも一定額安くなるのであれば使用したい → (安くなる金額の目安:) 円程度)	
4. いくら安くなっても使用したくない	
5. わからない	
6. その他 (具体的に:)	

【前記②で「4.いくら安くなっても使用したくない」と回答した方にお伺いします。】

②-1ジェネリック医薬品を使用したくないと思われる具体的なきっかけがあれば教えてください。
※あてはまる番号すべてに○

- | |
|--|
| 1. 具体的なきっかけはない |
| 2. ジェネリック医薬品に切り替えて、副作用の点で違いを感じたことがあるから |
| 3. ジェネリック医薬品に切り替えて、効き目の違いを感じたことがあるから |
| 4. ジェネリック医薬品に切り替えて、使用感の違いを感じたことがあるから |
| 5. その他 (具体的に:) |

3. ジェネリック医薬品の使用に関するご経験などについてお伺いします。ここからは、本日のことだけではなく、今までのご経験についてお答えください。

①ジェネリック医薬品を知っていましたか。 ※○は1つだけ		
1. 知っていた	2. 名前は聞いたことがあった	3. 知らなかった
②今までにジェネリック医薬品を使用したことがありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	3. わからない
③医師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	3. わからない
④薬剤師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	3. わからない
⑤薬剤師にジェネリック医薬品の調剤をお願いしたことはありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	
⑥今までに、先発医薬品からジェネリック医薬品に変更したお薬はありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	3. わからない

【前記⑥で「1. ある」と回答した方にお伺いします。】

⑥-1ジェネリック医薬品に変更したきっかけは何ですか。 ※○は1つだけ

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. かかりつけ医からの説明 | 2. かかりつけ医以外の医師からの説明 |
| 3. かかりつけ薬剤師からの説明 | 4. かかりつけ薬剤師以外の薬剤師からの説明 |
| 5. 家族・知人等からのすすめ | 6. 薬剤情報提供文書 ^{注1} を受け取って |
| 7. ジェネリック医薬品希望カードを受け取って | |
| 8. ジェネリック医薬品軽減額通知(差額通知等) ^{注2} を受け取って | |
| 9. 健保組合・市町村国保等の保険者からのお知らせを受け取って | |
| 10. テレビ CM 等の広告を見て | 11. その他 (具体的に:) |

注1:薬剤情報提供文書とは

保険薬局から調剤したお薬と一緒に渡される文書で、薬の名前や写真、効能・効果、用法、副作用、注意事項などが書かれています。平成 24 年 4 月以降、ジェネリック医薬品についての説明(ジェネリック医薬品の有無や価格など)もこの文書に記載し、患者に情報提供することとなりました。

注2:ジェネリック医薬品軽減額通知(差額通知等)とは

処方された薬をジェネリック医薬品に切り替えることにより、どのくらい薬代(薬剤料)の自己負担額が軽減されるかを健康保険組合や市町村国保などの保険者が具体的に試算して、例えば「ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担の軽減額に関するお知らせ」のような名前で通知してくれるサービスです。

【すべての方にお伺いします。】

⑦今までに、ジェネリック医薬品から先発医薬品や他のジェネリック医薬品に変更したお薬はありますか。 ※○は1つだけ	
1. 先発医薬品に変更したことがある	2. 他のジェネリック医薬品に変更したことがある
3. 変更したことはない	4. わからない
⑧あなたは「バイオ後続品(バイオシミラー)」 ^{注3} という名称を知っていますか。 ※○は1つだけ	
1. 知っている	2. 知らない

注3:バイオ後続品(バイオシミラー)とは国内で既に承認されたバイオテクノロジー応用医薬品と同等/同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

【前記⑧で「1. 知っている」と回答した方にお伺いします。】

⑧-1「バイオ後続品(バイオシミラー)」を使用したことがありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	3. わからない
⑨「バイオ後続品(バイオシミラー)」を使用したいと思いませんか。 ※○は1つだけ		
1. できればバイオ後続品を使用したい	2. とりあえずバイオ後続品を試してみたい	
3. バイオ後続品かどうかにはこだわらない	4. できればバイオ後続品を使いたくない	
5. わからない		

【前記⑨で1. ~3. を選択(バイオ後続品を使用してもよいと回答)した方にお伺いします。】

⑨-1「バイオ後続品(バイオシミラー)」を使用したい、使用してもよいと考える理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 過去に医師から十分な説明を受けた、又は今後説明を受けられれば使用してもよい	
2. 過去に薬剤師から十分な説明を受けた、又は今後説明を受けられれば使用してもよい	
3. バイオ後続品でも効果(効き目)が同じであるから	
4. 使用感(注入器の使い勝手など)がよかった、使用経験はないが使いやすいそうだから	
5. 副作用の不安が少ないから	
6. 窓口で支払う薬代が安くなるから	
7. 少しでも医療財政の節約に貢献できるから	
8. その他(具体的に:)	

【すべての方にお伺いします。】

⑩本日、薬局の窓口で支払った自己負担額がどのくらい安くなれば、今後「バイオ後続品(バイオシミラー)」を使用したいと思いませんか。 ※○は1つだけ ※本日の自己負担額が0円の方は回答不要です。	
1. いくら安くなるかにかかわらず、使用したい	
2. 少しでも安くなるのであれば使用したい	
3. 本日支払った金額よりも一定額安くなるのであれば使用したい → (安くなる金額の目安: 円程度)	
4. いくら安くなっても使用したくない	
5. わからない	
6. その他(具体的に:)	

4. ジェネリック医薬品の使用に関するお考えや、使用促進の取組についてお伺いします。

①ジェネリック医薬品使用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ	
1. できればジェネリック医薬品を使いたい	
2. とりあえずジェネリック医薬品を試してみたい	
3. できればジェネリック医薬品を使いたくない	
4. ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない	
5. わからない	
②あなたがジェネリック医薬品を使用するにあたって重要なことは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 効果（効き目）が先発医薬品と同じであること	
2. 使用感（味を含む）がよいこと	
3. 副作用の不安が少ないこと	
4. 有効成分に加え、添加剤や製法も先発医薬品と同じであること	
5. 先発医薬品とジェネリック医薬品について同じ点・異なる点を説明してもらえること	
6. 医師のすすめがあること	
7. 薬剤師のすすめがあること	
8. 窓口で支払う薬代が安くなること	
9. 少しでも医療財政の節約に貢献できること	
10. その他（具体的に： _____）	
11. 特にない	
③前記②の選択肢 1.～10.のうち、最も重要なことは何ですか。 あてはまる番号を1つだけお書きください。	

【すべての方にお伺いします。】

5. ジェネリック医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等をお伺いします。

--

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
 お手数をおかけいたしますが、**令和5年8月31日（木）**までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。