

基幹病院ジェネリック医薬品リストに関するアンケート（薬局向け）

アンケート票について

- 以下の問1～22に回答をお願いします。
- 【単一回答】と書いてある場合には、選択肢の中から1つだけ選んで○を付けてください。
- 【複数回答可】と書いてある場合には、選択肢の中からあてはまるものを全て選んで○を付けてください（1つだけでも結構です）。

基礎情報について

1. 薬局名を以下の下線に記入してください。※ この設問は任意回答です。

※薬局名を御記入いただいた施設については、福岡県保健医療介護部薬務課より回答内容に関して御質問等をさせていただきます。

2. 薬局の所在地の市町村名（政令市の場合は区名も）をご記入ください。

3. 処方箋応需診療科について、主なものから上位3つまでを、以下の①～⑬の中から選んで、以下の（ ）内に記入してください。

※ 主な処方箋応需診療科が、総合病院等であり、主なものを選び難い場合には、⑫総合病院等を選んでください。

※ 主なものが1または2つしかない場合は、1位もしくは2位までの記入でも結構です。

1位	2位	3位

①内科、②外科、③整形外科、④泌尿器科、⑤産婦人科、⑥耳鼻咽喉科

⑦皮膚科、⑧眼科、⑨小児科、⑩精神科、⑪脳神経外科、⑫総合病院、⑬その他

福岡県基幹病院ジェネリック医薬品採用品目リストについて

4. 福岡県では、医療機関・薬局等がジェネリック医薬品を採用する際の参考となるよう、県内の基幹病院（19病院）で採用しているジェネリック医薬品の品目を一覧にした「福岡県ジェネリック医薬品使用促進協議会 基幹病院ジェネリック医薬品リスト」（以下ジェネリック医薬品リスト）を作成し、令和2年3月に医療機関・薬局などに配布しました。（ジェネリック医薬品リストの詳細は下記参照）

このリストをご覧になって、以下のうち最もあてはまるものを1つ選んで○を付けてください。

【単一回答】

- ① リストは参考になった
- ② リストは現時点では参考になっていないが、新規薬を採用する際など、今後機会があれば参考になると思う
- ③ 当薬局ではリストは直接参考にはならないが、リストが配布された意義はあると感じる
- ④ リストが配布された意義をあまり感じない
- ⑤ リストが配布されたことを知らない・見ていない

「福岡県ジェネリック医薬品使用促進協議会 基幹病院ジェネリック医薬品リスト」「ジェネリック医薬品採用に関する重要度等アンケート調査結果」については、下記の URL、QR コードよりご覧いただけます。

【URL】

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/attachment/108703.pdf>

【QR コード】



【リストイメージ】

成分名	規格	ジェネリック医薬品名	メーカー名	元薬品名	先発医薬品 メーカー名	採用品数 (北九州)	採用品数 (福岡)	採用品数 (佐賀)	採用品数 (大分)	採用品数 (熊本)
【内用薬】										
【経口薬】										
エスタゾラム	2mg1錠	エスタゾラム錠2mg「アメル」	共和薬品工業	エスタゾラム錠	共和薬品工業	0	2	0	0	2
トリアゾラム	0.125mg1錠	トリアゾラム錠0.125mg「EMEC」	サンノーバ	トリアゾラム錠	サンノーバ	0	1	1	1	2
	0.25mg1錠	トリアゾラム錠0.25mg「EMEC」	原日化学	トリアゾラム錠	原日化学	2	0	0	0	2
		トリアゾラム錠0.25mg「CH」	共和薬品工業	トリアゾラム錠	共和薬品工業	0	1	0	0	1
		トリアゾラム錠0.25mg「TCK」	原日化学	トリアゾラム錠	原日化学	1	0	0	0	1
		トリアゾラム錠0.25mg「日薬工」	日薬工業	トリアゾラム錠	日薬工業	4	1	0	1	6
		トリアゾラム錠0.25mg「CH」	共和薬品工業	トリアゾラム錠	共和薬品工業	0	1	0	0	1
フルニトラゼパム	1mg1錠	フルニトラゼパム錠1mg「アメル」	共和薬品工業	フルニトラゼパム錠	共和薬品工業	3	5	1	2	11
	2mg1錠	フルニトラゼパム錠2mg「アメル」	共和薬品工業	フルニトラゼパム錠	共和薬品工業	2	0	0	1	3
		フルニトラゼパム錠2mg「JG」	日本ジェネリック	フルニトラゼパム錠	日本ジェネリック	1	0	1	2	4
		フルニトラゼパム錠2mg「JG」	日本ジェネリック	フルニトラゼパム錠	日本ジェネリック	1	0	0	0	1
		フルニトラゼパム錠2mg「TCK」	原日化学	フルニトラゼパム錠	原日化学	0	0	0	1	1
フロチゾラム	0.25mg1錠	フロチゾラム錠0.25mg「EMEC」	サンノーバ	フロチゾラム錠	サンノーバ	0	0	0	1	1
		フロチゾラム錠0.25mg「日薬工」	日薬工業	フロチゾラム錠	日薬工業	0	1	1	1	3
		フロチゾラム錠0.25mg「サワイ」	メダヤサ薬業	フロチゾラム錠	メダヤサ薬業	5	5	1	0	11
		フロチゾラム錠0.25mg「アメル」	共和薬品工業	フロチゾラム錠	共和薬品工業	0	1	0	1	2
		フロチゾラム錠0.25mg「サワイ」	共和薬品工業	フロチゾラム錠	共和薬品工業	2	0	0	1	3
ジブゼパム	2mg1錠	ジブゼパム錠2mg「サワイ」	共和薬品工業	ジブゼパム錠	共和薬品工業	0	1	0	0	1
		ジブゼパム錠2mg「アメル」	共和薬品工業	ジブゼパム錠	共和薬品工業	0	1	1	0	2
		ジブゼパム錠2mg「アメル」	共和薬品工業	ジブゼパム錠	共和薬品工業	1	0	0	0	1
		ジブゼパム錠2mg「アメル」	共和薬品工業	ジブゼパム錠	共和薬品工業	0	2	1	0	3
		ジブゼパム錠2mg「アメル」	共和薬品工業	ジブゼパム錠	共和薬品工業	1	1	0	0	2
フロマゼパム	2mg1錠	フロマゼパム錠2mg	サント	フロマゼパム錠	サント	3	1	1	0	5
	5mg1錠	フロマゼパム錠5mg	サント	フロマゼパム錠	サント	2	2	1	0	5
ロラゼパム	0.5mg1錠	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	共和薬品工業	ロラゼパム錠	共和薬品工業	3	5	1	3	12
	1mg1錠	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	共和薬品工業	ロラゼパム錠	共和薬品工業	0	2	1	0	3
アルプラゾラム	0.4mg1錠	アルプラゾラム錠0.4mg「サワイ」	共和薬品工業	アルプラゾラム錠	共和薬品工業	4	4	1	0	9
	0.8mg1錠	アルプラゾラム錠0.8mg「サワイ」	共和薬品工業	アルプラゾラム錠	共和薬品工業	1	1	1	2	5
		アルプラゾラム錠0.8mg「アメル」	共和薬品工業	アルプラゾラム錠	共和薬品工業	0	0	1	0	1

5. 4. で①もしくは②を選んだ場合のみ回答

リストはどのように参考になった、あるいは参考になると思われますか、以下の中からあてはまるものを全て選んで○を付けてください。

※ ⑤を選んだ場合には（ ）に具体的な内容を記入してください。

【複数回答可】

- ① ジェネリック医薬品を新規に選ぶ際や、採用しているジェネリック医薬品を別銘柄のジェネリック医薬品に切り替える際の参考
- ② 供給停止等によりある医薬品の在庫がなくなった場合の代替品を選ぶ際の参考
- ③ 同一成分で複数銘柄のジェネリック医薬品を在庫している薬剤について、在庫するジェネリック医薬品銘柄を取捨選択する際の参考
- ④ 診療所から薬局に対して、変更可能なジェネリック医薬品について問合せがあった際の、紹介のための参考
- ⑤ その他
()

6. 4. で③もしくは④を選んだ場合のみ回答

リストはなぜ参考にならなかったのか、以下の中からあてはまるものを全て選んで○を付けてください。

※⑤、⑥、⑧を選んだ場合には（ ）に具体的な内容を記入してください。

【複数回答可】

- ① 参考となる病院のジェネリック医薬品採用品目はすでに知っているから
- ② 独自の判断でジェネリック医薬品を採用しているから
- ③ すでに積極的にジェネリック医薬品を採用しており、リストを参考にする必要がないから
- ④ 既存の他のリスト（福岡県が作成したもの以外）を活用しているから
- ⑤ 参考となる医薬品が入っていなかったから
(医薬品名:)
- ⑥ 参考となる病院が入っていなかったから
(病院名:)
- ⑦ ジェネリック医薬品の採用に積極的でないから
- ⑧ その他
()

次ページに続きます

7. リストを参考とした事例・取組について、以下の下線に記載してください。
(自由記載)

8. リストに関する改善要望やその他ご意見があれば、以下の下線に記載してください。
(自由記載)

ジェネリック医薬品採用に関する重要度等アンケート調査結果について

9. 福岡県では、県内基幹病院がジェネリック医薬品を採用する際に重要視していることを把握し、県内の医療機関、薬局がジェネリック医薬品採用時の判断基準の参考にすることを目的としてアンケート調査を実施しました。(アンケートの詳細は2ページ参照)
このアンケート結果をご覧になって、以下のうち最もあてはまるものを1つ選んで○を付けてください。

【単一回答】

- ①アンケートは参考になった
- ②アンケートは現時点では参考になっていないが、新規薬を採用する際など、今後機会があれば参考になると思う
- ③当薬局ではアンケートは直接参考にはならないが、アンケートが配布された意義はあると感じる
- ④アンケートが配布された意義をあまり感じない
- ⑤アンケートが配布されたことを知らない・見ていない

10. アンケート結果を参考とした事例・取組について、以下の下線に記載してください。(自由記載)

11. 今回、アンケートにて把握した情報についてのご意見や、今後、アンケートしてほしい内容についてご意見があれば、以下の下線に記載してください。(自由記載)

福岡県ジェネリック医薬品ガイドブックについて

12. 福岡県では、医療機関・薬局等がジェネリック医薬品の普及促進のため、ジェネリック医薬品の普及メリットや普及状況、ジェネリック医薬品の動向などをまとめた「福岡県ジェネリック医薬品ガイドブック」を作成し、令和2年3月に医療機関・薬局などに配布しました。(ガイドブックの詳細は7ページ参照)
この「福岡県ジェネリック医薬品ガイドブック」をご覧になって、以下のうち最もあてはまるものを1つ選んで○を付けてください。

【単一回答】

- ①ガイドブックは参考になった
- ②当薬局ではガイドブックは直接参考にはならないが、リストが配布された意義はあると感じる
- ③ガイドブックが配布された意義をあまり感じない
- ④ガイドブックが配布されたことを知らない・見ていない

13. **12. で①を選んだ場合のみ回答**

ガイドブックはどのように参考になった、あるいは参考になると思われますか、以下の中からあてはまるものを全て選んで○を付けてください。

※ ⑥を選んだ場合には（ ）に具体的な内容を記入してください。

【複数回答可】

- ①ジェネリック医薬品の積極的な採用のきっかけとなった
- ②ジェネリック医薬品普及メリットや普及状況を知ることができた
- ③オーソライズド・ジェネリック（AG）やバイオセイム（後発バイオ医薬品）・バイオシミラー（バイオ後続品）の動向について知ることができた
- ④福岡県が提供しているジェネリック医薬品に関連する情報を知ることができた
- ⑤保険者の取り組みについて知ることができた
- ⑥その他
()

14. **12. で②もしくは③を選んだ場合のみ回答**

ガイドブックはなぜ参考にならなかったのか、以下の中からあてはまるものを全て選んで○を付けてください。

※③、⑤を選んだ場合には（ ）に具体的な内容を記入してください。

【複数回答可】

- ①すでに積極的にジェネリック医薬品を採用しており、ガイドブックを参考にする必要がないから
- ②すでに知っている情報だったから
- ③参考となる情報が入っていなかったから
(知りたい情報の種類：)
- ④ジェネリック医薬品の採用に積極的でないから
- ⑤その他
()

15. ガイドブックを参考とした事例・取組がございましたらについて、以下の下線に記載してください。

(自由記載)

16. ガイドブックに関する改善要望やその他ご意見があれば、以下の下線に記載してください。(自由記載)

※ ガイドブックに掲載する情報の追加の要望についても記載してください。

「福岡県ジェネリック医薬品ガイドブック」については、下記の URL、QR コードよりご覧いただけます。

【URL】

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/attachment/108703.pdf>



その他ジェネリック医薬品について

17. あなたの薬局は、ジェネリック医薬品の採用に積極的ですか。以下の中から1つ選んで○を付けてください。

【単一回答】

- ①はい
- ②いいえ
- ③どちらとも言えない

次ページに続きます

18. 令和2年3月と令和2年9月のジェネリック医薬品使用率（数量ベース、新指標）を、以下の下線に記入してください。

令和2年3月： _____ % 令和2年9月： _____ %

19. 回答時点での貴薬局における取扱い全医薬品品目数及びそのうちのジェネリック医薬品品目数を以下の下線に記入してください。

※ 規格ごとではなく品目ごとに算出してください。

全医薬品品目数： _____ ジェネリック医薬品品目数： _____

20. 応需処方箋のうち、先発医薬品からの変更不可がひとつでもある処方箋の割合について、最もあてはまるものを1つ選んで○を付けてください。

【単一回答】

①およそ 1/4 以下 ②1/4 から 1/2 程度 ③1/2 から 3/4 程度 ④およそ 3/4 以上

21. ジェネリック医薬品を採用していない事例がある場合、その医薬品及び採用していない理由について、以下の下線に記載してください。（自由記載）

※ 特定の医薬品に限定しない事例の場合には、「医薬品名」は空欄で結構です。

医薬品名： _____

理由等： _____

医薬品名： _____

理由等： _____

医薬品名： _____

理由等： _____

22. ジェネリック医薬品の使用促進にあたっての課題・提案があれば、以下の下線に記載してください。（自由記載）

以上です。ありがとうございました。