

患者用 ジェネリック医薬品に関するアンケート 調査項目

	問 1. この薬局を選んだ理由
(2)①後発 医薬品の認 知度	問 2. ジェネリック医薬品の認知度
(2)②後発 医薬品に対 する考え	問 3. ジェネリック医薬品に関する考え（使用意向） （掘り下げ：「使いたくない」理由）
(2)③後発 医薬品を使 用するきっ	問 4. ジェネリック医薬品の使用経験の有無 （掘り下げ：どのようなきっかけで使ったか。） （掘り下げ：先発医薬品との違いがあったか。）
	問 5. ジェネリック医薬品の使用を自ら希望した経験の有無 （掘り下げ：ジェネリック医薬品を希望したことがない理由）
Face Sheet	問 6. 居住地（市町村）
	問 7. 患者の年齢
	問 8. 自己負担状況
	問 9. 自由記載欄

ジェネリック医薬品に関するアンケート調査票（案）

【大阪府健康医療部薬務課】

本アンケート調査は、患者の皆様にはジェネリック医薬品の使用状況をお尋ねするものです。質問にあてはまる回答の番号や記号に○をつけてください。ご協力をお願いします。

問1. 《全ての方へ》

本日、この薬局を選んだ理由をお答えください。

1. なじみの薬局だから。（どの医療機関を受診しても、大抵この薬局を選んでいる。）
2. 医療機関の近くにあったから。
3. その他（具体的に _____ ）

問2. 《全ての方へ》

ジェネリック医薬品についてどの程度知っていますか。

1. よく知っている。
2. 聞いたことはある。
3. 全く知らない。

問3. 《全ての方へ》

ジェネリック医薬品に関する考えをお答えください。

1. 使いたい。
2. 使いたくない。

2. を選んだ理由をお答えください。《複数回答可》

- イ. 医師に勧められていないから。
- ロ. 薬剤師に勧められていないから。
- ハ. 効き目が先発医薬品とは異なると思うから。
- ニ. 先発医薬品と異なる副作用が出やすいと思うから。
- ホ. 安いものは、品質が悪いと思うから。
- ヘ. 性状や使用感が先発医薬品と違ったから。（例；錠剤の大きさが違った、粉薬の味が違った 等）
- ト. ジェネリック医薬品を使っても、窓口で支払う薬代がほとんど変わらないから。
- チ. ジェネリック医薬品自体をよく知らないから。
- リ. その他（具体的に _____ ）

3. こだわらない。
4. わからない。

問4. 《全ての方へ》

ジェネリック医薬品を使ったことがありますか。

1. ある。(先発医薬品からジェネリック医薬品へ切り替えたことがある。)
2. ある。
(ずっとジェネリック医薬品を使っており、先発医薬品から切り替えたことはない。)
3. ない。
4. わからない。

《1. を選んだ方へ》

イ. どのようなきっかけでジェネリック医薬品を使用しましたか。《複数回答可》

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| a. 病院・診療所からの勧め。 | b. 薬局からの勧め。 |
| c. 差額通知を受け取って。 | d. 行政機関や保険者からのお知らせをみて。 |
| e. 家族・知人等からの勧め。 | f. ジェネリック希望カードを受け取って。 |
| g. パンフレット、ポスター、電子広告等を見て。 | |
| h. テレビCMを見て。 | |
| i. その他(具体的に) | |

ロ. ジェネリック医薬品に、先発医薬品との違いはありましたか。

- a. 特に違いはなかった。
- b. あった。先発医薬品と比べて良かった。
- c. あった。先発医薬品と比べて良くなかった。

シ. 選んだ理由をお答えください。《複数回答可》

- i. 味やにおい等が合わなかった。
- ii. 服用(使用)しにくかった。
- iii. 形や色が異なっていたため、異なる効果の薬だと勘違いした。
- iv. 薬がすぐにもらえなかった。
- v. その他(具体的に)

問5. 《全ての方へ》

病院・診療所や薬局で先発医薬品の代わりにジェネリック医薬品を希望したことはありますか。

1. ある。
2. ない。（ジェネリック医薬品をすでに使っているため、必要がなかった。）
3. ない。（先発医薬品を使っているが、希望したことはない。）

3. を選んだ理由をお答えください。《複数回答可》

- イ. 先発医薬品を使いたいから。
- ロ. 本当はジェネリック医薬品を使いたい、自分からは言い出しにくいから。
- ハ. ジェネリック医薬品と先発医薬品のどちらを使用してもいいから。
- ニ. どの医薬品を使うかを決めるのは、医師などの専門家だから。
- ホ. その他（具体的に

問6. 《全ての方へ》

現在お住まいをお答えください。

《50音順》

- | | | | | |
|----------|----------|-----------|----------|---------|
| 1. 池田市 | 2. 和泉市 | 3. 泉大津市 | 4. 泉佐野市 | 5. 茨木市 |
| 6. 大阪市 | 7. 大阪狭山市 | 8. 貝塚市 | 9. 柏原市 | 10. 交野市 |
| 11. 門真市 | 12. 河南町 | 13. 河内長野市 | 14. 岸和田市 | 15. 熊取町 |
| 16. 堺市 | 17. 四條畷市 | 18. 島本町 | 19. 吹田市 | 20. 摂津市 |
| 21. 泉南市 | 22. 太子町 | 23. 大東市 | 24. 高石市 | 25. 高槻市 |
| 26. 田尻町 | 27. 忠岡町 | 28. 千早赤阪村 | 29. 豊中市 | 30. 豊能町 |
| 31. 富田林市 | 32. 寝屋川市 | 33. 能勢町 | 34. 羽曳野市 | 35. 阪南市 |
| 36. 東大阪市 | 37. 枚方市 | 38. 藤井寺市 | 39. 松原市 | 40. 岬町 |
| 41. 箕面市 | 42. 守口市 | 43. 八尾市 | | |

問7. 《全ての方へ》

患者さんの年齢をお答えください。

1. 13歳未満
2. 13歳以上60歳未満
3. 60歳以上75歳未満
4. 75歳以上

問8. 《全ての方へ》

薬局でお薬を受け取った時のお薬代の自己負担についてお答えください。

1. 自己負担がある。 2. 自己負担がない。

問9. 《全ての方へ》

ジェネリック医薬品に対するご意見等がありましたら、ご記入ください。

・・・以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

【事務局】 〒540-8570 大阪市中央区大手前2-1-2 2

大阪府健康医療部薬務課医薬品流通グループ

担当：○○、●●

TEL: 06-6944-7129

FAX: 06-6944-6701