

様式 1

厚生労働省保険局医療課委託事業 診療報酬改定結果検証に係る特別調査
平成 19 年度 後発医薬品の使用状況調査 調査票

※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、() 内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
() 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

1. 貴薬局の状況(平成 19 年 7 月 2 日現在)についてお伺いします。

①貴薬局名	()		
②所在地(都道府県名)	() 都・道・府・県 ※○で囲んでください		
③組織形態 ※法人の場合は、法人の形態に○をつけてください	1. 法人 ……▶ (1.株式会社 2.有限会社 3.合資会社 4.合名会社 5.その他) 2. 個人		
④職員数(常勤換算)	薬剤師	() 人	その他(事務職員等) () 人
※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は整数(小数点以下四捨五入)でお答えください。 ■1週間に数回勤務の場合:(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1か月に数回勤務の場合:(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)			
⑤調剤基本料※1つだけ選択	1. 調剤基本料(42点)		2. 調剤基本料(19点)
⑥基準調剤加算 ※1つだけ選択	1. 基準調剤加算1(10点)		2. 基準調剤加算2(30点) 3. 算定していない
⑦貴薬局で受け付けている処方せんの発行医療機関数	() 施設		
⑧上記⑦のうち、「後発医薬品への変更可」に処方医の署名等がある処方せんの発行医療機関数	() 施設		
⑨主な処方せん発行医療機関 ※1つだけ選択し、当該医療機関の主たる診療科を()に記載	1. 病院(200床以上) ……▶ 主たる診療科名() 2. 病院(200床未満) ……▶ 主たる診療科名() 3. 診療所 ……▶ 主たる診療科名()		
⑩特定の保険医療機関に係る処方せん割合(最も多いもの)	約()%		

2. 貴薬局の取り扱い処方せん枚数についてお伺いします。平成 19 年 7 月における、「(ア)1か月全体の取り扱い処方せん枚数」、および「(イ)うち、7月23日(月)~7月29日(日)の取り扱い処方せん枚数」について、それぞれ()内に数値をご記入ください。

	平成 19 年 7 月	
	(ア)1か月全体の取り扱い処方せん枚数	(イ)うち、7/23~7/29の取り扱い処方せん枚数
①すべての取り扱い処方せん枚数	() 枚	() 枚
②①のうち、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せん枚数	() 枚	() 枚
③②のうち、実際に後発医薬品に変更した処方せん枚数(1品目でも変更した場合を含む)	() 枚	() 枚
④③のうち、後発医薬品情報提供料を算定した処方せん枚数	() 枚	() 枚
⑤②のうち、処方せんに記載されたすべての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更することができない処方せん枚数(後発医薬品のみが記載された処方せんを含む)	() 枚	() 枚
⑥②のうち、「後発医薬品についての説明」*を行ったにもかかわらず、患者が希望しなかったために、後発医薬品に変更することができなかった処方せん枚数		() 枚
⑦①のうち、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がなく、後発医薬品を銘柄指定している処方せん枚数		() 枚

(7) 処方せんの「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等があったが、変更しなかった場合について、今後、どのような対応が進めば、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めてもよいと思いますか。

※〇は1つだけ

1. 薬剤師が患者に十分に説明できるだけの時間や後発医薬品の備蓄コスト増に見合った調剤報酬上の評価
2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保
3. 後発医薬品に対する患者の理解
4. 特に対応は必要でない
5. その他（具体的に _____)

4. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等についてのご意見、ご要望などがございましたら、ご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきありがとうございました。

※引き続き、様式2のご記入もよろしくお願いいたします。

様式 2

ID

厚生労働省保険局医療課委託事業 診療報酬改定結果検証に係る特別調査
平成 19 年度 後発医薬品の使用状況調査 調査票

■ 平成 19 年 7 月 23 日（月）から 29 日（日）までの 1 週間の状況をご記入ください。

○「後発医薬品へ変更可」欄に処方医の署名等があり、かつ実際に後発医薬品に変更したすべての処方せん（1 品目でも変更した場合を含む）についてご記入ください。

○上記の処方せんについて、1 から番号を振り、「処方せん番号 (NO.)」欄にご記入ください。ただし、必ずしも発行の日付順にする必要はありません。（下記に記載した処方せんの合計枚数が、様式 1 の 2. 「③ ②のうち、実際に後発医薬品に変更した処方せん枚数」の項「(イ) うち、7/23~7/29 の取り扱い処方せん枚数」欄の枚数と同じであることを確認してください。）

○各々の処方せんについては、処方せんに記載された銘柄により調剤した場合の薬剤料を (A) 欄に、また、実際に（後発医薬品へ変更して）調剤した薬剤料を (B) 欄にご記入ください。薬剤料は処方せん 1 枚ごと、単位は「点」でご記入ください。

○各々の処方せんについて、この処方せんを持参した患者の一部負担金の割合を (C) 欄にご記入ください（例：組合健保の被保険者 3 割の場合→「3」とご記入ください）。患者の一部負担金がない場合は「0」とご記入ください。

処方せん番号 (NO.)	記載銘柄により調剤した場合の薬剤料 (A)	実際に調剤した薬剤料 (B)	患者一部負担金の割合 (C)
1	点	点	割
2	点	点	割
3	点	点	割
4	点	点	割
5	点	点	割
6	点	点	割
7	点	点	割
8	点	点	割
9	点	点	割
10	点	点	割
11	点	点	割
12	点	点	割
13	点	点	割
14	点	点	割
15	点	点	割
16	点	点	割
17	点	点	割
18	点	点	割
19	点	点	割
20	点	点	割

処方せん番号 (NO.)	記載銘柄により調剤した場合の薬剤料 (A)	実際に調剤した薬剤料 (B)	患者一部負担金の割合 (C)
21	点	点	割
22	点	点	割
23	点	点	割
24	点	点	割
25	点	点	割
26	点	点	割
27	点	点	割
28	点	点	割
29	点	点	割
30	点	点	割
31	点	点	割
32	点	点	割
33	点	点	割
34	点	点	割
35	点	点	割
36	点	点	割
37	点	点	割
38	点	点	割
39	点	点	割
40	点	点	割

※回答用紙が足りない場合には、大変恐縮ですが、本用紙をコピーしてお使いください。

回答用紙 枚中 枚

※記入例(全3枚のうち1枚目の場合)
 回答用紙 3 枚中 1 枚

<上記質問⑤で「3.」を回答された方にお伺いします>

⑤-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。

※あてはまる番号のすべてに○。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を（ ）に記入してください。

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. 後発医薬品の品質への疑問 | 2. 後発医薬品の効果への疑問 |
| 3. 後発医薬品の副作用への不安 | 4. 後発医薬品の安定供給体制の不備 |
| 5. 後発医薬品の情報提供の不備 | |

→⑤-1-1 どのような情報が必要ですか。

例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告

6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足

7. その他（具体的に

⑥保険薬局で後発医薬品へ変更した場合の、銘柄等の情報提供について、お伺いします。

1) どのような情報伝達方法が最も適当と思われますか。※○は1つだけ

- | | | | |
|----------------------------|-------|--------|----------|
| 1. 郵送 | 2. 電話 | 3. FAX | 4. 電子メール |
| 5. 患者さんを通じて（薬剤情報提供文書やお薬手帳） | | | |
| 6. その他（具体的に | | | |

2) どのようなタイミングでの情報提供が望ましいですか。※○は1つだけ

- | |
|----------------------|
| 1. 変更調剤が行われた都度、すぐに必要 |
| 2. 次の診療時に情報が提供されればよい |
| 3. その他（具体的に |

⑦保険薬局からどのような情報が欲しいと思いますか。 ※あてはまる番号のすべてに○。

- | |
|----------------------------------|
| 1. 先発医薬品名と変更した後発医薬品の銘柄 |
| 2. 変更した後発医薬品に関する外観など（色、形、味、大きさ等） |
| 3. 患者の薬剤料負担の軽減額 |
| 4. その他（具体的に |
| 5. 欲しい情報はない |

5. 後発医薬品の使用上の課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

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。

病院票

**厚生労働省保険局医療課委託事業 診療報酬改定結果検証に係る特別調査
平成19年度 後発医薬品の使用状況調査 調査票**

※この「病院票」は、医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※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、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

1. 貴施設の状況（平成19年7月2日現在または平成19年7月1か月間）についてお伺いします。

①医療機関名	()		
②所在地	() 都・道・府・県		
③開設者	1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人		
④病院種別 ※あてはまる番号すべてに○。	1. 特定機能病院 2. 地域医療支援病院 3. がん診療連携拠点病院 4. 臨床研修指定病院		
⑤DPC対応 ※あてはまる番号を1つだけ○。	1. DPC対象病院 2. DPC準備病院 3. 対応していない		
⑥特定入院料の状況 ※貴施設で算定しているものにすべて○をつけてください。	1. 回復期リハビリテーション病棟入院料 2. 亜急性期入院医療管理料 3. 救命救急入院料 4. 特定集中治療室管理料 5. 小児入院医療管理料	⑦許可病床数	1) 一般病床 () 床 2) 療養病床 () 床 3) 精神病床 () 床 4) 結核病床 () 床 5) 感染症病床 () 床 6) 全 体 () 床
⑧医師数（常勤のみ）	() 人	⑨薬剤師数（常勤のみ）	() 人
⑩1か月間の外来患者延べ人数	() 人		
⑪1か月間の外来診療日数	() 日 ※半日診療の場合は「0.5日」として計算して下さい。		
⑫後発医薬品の使用について、 <u>外来の処方</u> に際して、施設としてはどのように対応していますか。 ※最も近いものを1つだけ選択してください。	1. 後発医薬品を積極的に使用 2. 後発医薬品をほとんど使用しない 3. 個々の医師の判断による 4. その他（具体的に)		
⑬医薬品備蓄品目数	約 () 品目		
⑭上記⑬のうち後発医薬品の備蓄品目数	約 () 品目		

2. 貴施設における院外処方せん発行状況（平成19年7月1か月間）についてお伺いします。

①外来における院外処方せん発行枚数（1か月間）	() 枚
②上記①のうち、後発医薬品を含む処方せん*の枚数（1か月間） *処方せん料として、42点又は70点を算定しているもの	() 枚

<上記質問⑥で「3.」を回答された方にお伺いします>

⑥-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。
 ※あてはまる番号のすべてに○。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を（ ）に記入してください。

- 1. 後発医薬品の品質への疑問
- 2. 後発医薬品の効果への疑問
- 3. 後発医薬品の副作用への不安
- 4. 後発医薬品の安定供給体制の不備
- 5. 後発医薬品の情報提供の不備

→⑥-1-1 どのような情報が必要ですか。

例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告

- 6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足
- 7. その他（具体的に

⑦保険薬局で後発医薬品へ変更した場合の、銘柄等の情報提供について、お伺いします。

1) どのような情報伝達方法が最も適当と思われますか。※○は1つだけ

- 1. 郵送
- 2. 電話
- 3. FAX
- 4. 電子メール
- 5. 患者さんを通じて（薬剤情報提供文書やお薬手帳）
- 6. その他（具体的に

2) どのようなタイミングでの情報提供が望ましいですか。※○は1つだけ

- 1. 変更調剤が行われた都度、すぐに必要
- 2. 次の診療時に情報が提供されればよい
- 3. その他（具体的に

⑧保険薬局からどのような情報が欲しいと思いますか。 ※あてはまる番号のすべてに○。

- 1. 先発医薬品名と変更した後発医薬品の銘柄
- 2. 変更した後発医薬品に関する外観など（色、形、味、大きさ等）
- 3. 患者の薬剤料負担の軽減額
- 4. その他（具体的に
- 5. 欲しい情報はない

3. 後発医薬品の使用上の課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

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。