

下記の問7～12について、それぞれに該当する数値を【回答記入欄】へご記入ください。

問7 PTCAバルーンカテーテル、冠動脈用ステントセット、植込み型心臓ペースメーカーについて、貴院で使用しているメーカー数をご記入ください。

問8 各医療用具などについて、貴院で使用している製品機種（銘柄）数をご記入ください。

問9 各医療用具などについて、貴院と取引のある仕入業者数（卸売業者・輸入販売業者・メーカー）について、それぞれご記入ください。

問10 各医療用具などについて、貴院での平成14年度の購入数量（概数）と使用数量（概数）をご記入ください。

問11 各医療用具などについて、貴院での平成14年度の購入総額（概数）をご記入ください。

問12 各医療用具などについて、最も購入数量の多い製品機種（銘柄）の保険償還価格に対する平均的な値引率をご記入ください。

【回答記入欄】

| | (1) PTCAバルーンカテーテル | (2) 冠動脈用ステントセット | (3) 植込み型心臓ペースメーカー | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|-----------------|-------------------|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| 問7 使用メーカー数 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 社 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 社 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 社 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 問8 使用銘柄数 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 種類 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 種類 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 種類 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 問9 取引卸売業者数 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 社 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 社 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 社 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 取引輸入販売業者数 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 社 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 社 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 社 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 取引メーカー数 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 社 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 社 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 社 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 問10 年間購入数量 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 個 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 個 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 個 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年間使用数量 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 個 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 個 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 個 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 問11 年間購入総額 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 百万円 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 百万円 | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 百万円 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 問12 平均的値引率 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> % | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> % | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> % | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

※問9のご記入にあたっては、実質的に価格交渉を行う卸売業者もしくは輸入販売業者（直接取引）やメーカー（直接取引）の数をご記入ください。

問 13 各医療用具・材料について、その購入経路として該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) P T C Aバルーンカテーテル

- 1 メーカー又は輸入販売業者から直接購入している
- 2 メーカー等の地域の販売代理店から購入している
- 3 卸売業者（1事業者のみ）を仲介させて購入している
- 4 複数の卸売業者（1次卸・2次卸…）を仲介させて購入している

(2) 冠動脈用ステントセット

- 1 メーカー又は輸入販売業者から直接購入している
- 2 メーカー等の地域の販売代理店から購入している
- 3 卸売業者（1事業者のみ）を仲介させて購入している
- 4 複数の卸売業者（1次卸・2次卸…）を仲介させて購入している

(3) 植込み型心臓ペースメーカ

- 1 メーカー又は輸入販売業者から直接購入している
- 2 メーカー等の地域の販売代理店から購入している
- 3 卸売業者（1事業者のみ）を仲介させて購入している
- 4 複数の卸売業者（1次卸・2次卸…）を仲介させて購入している

問 14 各医療用具・材料について、メーカーまたは輸入販売業者との直接取引について、今後のご意向をお答えください。

(1) P T C Aバルーンカテーテル

- 1 現状を維持
- 2 直接取引を現在よりも増やす／開始する
- 3 直接取引を現在よりも減らす／止める
- 4 特に考えていない

(2) 冠動脈用ステントセット

- 1 現状を維持
- 2 直接取引を現在よりも増やす／開始する
- 3 直接取引を現在よりも減らす／止める
- 4 特に考えていない

(3) 植込み型心臓ペースメーカ

- 1 現状を維持
- 2 直接取引を現在よりも増やす／開始する
- 3 直接取引を現在よりも減らす／止める
- 4 特に考えていない

2. 医療用具・材料の購入決定のプロセスについてうかがいます。

問 15 製品機種（銘柄）の選定においてどの部局の意見が主な反映されますか。該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) PTCAバルーンカテーテル

- | | |
|---------------------|------------|
| 1 病院長 | 2 担当診療科の医師 |
| 3 担当診療科以外の医師 | 4 事務部門 |
| 5 薬剤部門 | 6 看護部門 |
| 7 その他の部門（臨床検査、放射線等） | |

(2) 冠動脈用ステントセット

- | | |
|---------------------|------------|
| 1 病院長 | 2 担当診療科の医師 |
| 3 担当診療科以外の医師 | 4 事務部門 |
| 5 薬剤部門 | 6 看護部門 |
| 7 その他の部門（臨床検査、放射線等） | |

(3) 植込み型心臓ペースメーカー

- | | |
|---------------------|------------|
| 1 病院長 | 2 担当診療科の医師 |
| 3 担当診療科以外の医師 | 4 事務部門 |
| 5 薬剤部門 | 6 看護部門 |
| 7 その他の部門（臨床検査、放射線等） | |

問 16 価格交渉の際に類似機能の製品機種（銘柄）がある場合、複数の製品機種（銘柄）間で価格比較を行っていますか。

(1) PTCAバルーンカテーテル

- | |
|--|
| 1 価格比較を行った上で条件の良い機種（銘柄）を購入している |
| 2 価格比較を行っているが、購入する機種（銘柄）の決定にはあまり反映されない |
| 3 ほとんど比較していない |

(2) 冠動脈用ステントセット

- | |
|--|
| 1 価格比較を行った上で条件の良い機種（銘柄）を購入している |
| 2 価格比較を行っているが、購入する機種（銘柄）の決定にはあまり反映されない |
| 3 ほとんど比較していない |

(3) 植込み型心臓ペースメーカー

- | |
|--|
| 1 価格比較を行った上で条件の良い機種（銘柄）を購入している |
| 2 価格比較を行っているが、購入する機種（銘柄）の決定にはあまり反映されない |
| 3 ほとんど比較していない |

【卸売業者との取引について】

(1) P T C Aバルーンカテーテル

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1 価格が安い | 2 総取引高でディスカウント |
| 3 技術的支援がしっかりしているため | |
| 4 昔からの取引先であるため | 5 メーカーの指定であるため |
| 6 医師の指定であるため | |
| 7 その他 () | |
| 8 取引していない | |

(2) 冠動脈用ステントセット

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1 価格が安い | 2 総取引高でディスカウント |
| 3 技術的支援がしっかりしているため | |
| 4 昔からの取引先であるため | 5 メーカーの指定であるため |
| 6 医師の指定であるため | |
| 7 その他 () | |
| 8 取引していない | |

(3) 植込み型心臓ペースメーカ

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1 価格が安い | 2 総取引高でディスカウント |
| 3 技術的支援がしっかりしているため | |
| 4 昔からの取引先であるため | 5 メーカーの指定であるため |
| 6 医師の指定であるため | |
| 7 その他 () | |
| 8 取引していない | |

問 19 同一の製品機種（銘柄）について、複数の仕入業者間で価格比較を行ったうえで仕入業者を選定していますか。

(1) P T C Aバルーンカテーテル

- | |
|----------------------------------|
| 1 価格比較を行った上で条件の良い仕入業者を選定している |
| 2 価格比較を行っているが、仕入業者の選定にはあまり反映されない |
| 3 複数の仕入業者はいるが、ほとんど比較していない |
| 4 複数の仕入業者がいないため、比較できない |

(2) 冠動脈用ステントセット

- | |
|----------------------------------|
| 1 価格比較を行った上で条件の良い仕入業者を選定している |
| 2 価格比較を行っているが、仕入業者の選定にはあまり反映されない |
| 3 複数の仕入業者はいるが、ほとんど比較していない |
| 4 複数の仕入業者がいないため、比較できない |

(3) 植込み型心臓ペースメーカ

- | |
|----------------------------------|
| 1 価格比較を行った上で条件の良い仕入業者を選定している |
| 2 価格比較を行っているが、仕入業者の選定にはあまり反映されない |
| 3 複数の仕入業者はいるが、ほとんど比較していない |
| 4 複数の仕入業者がいないため、比較できない |

問 19 でいずれかの医療用具・材料について「2 価格比較を行っているが、仕入業者の選定にはあまり反映されない」又は「3 複数の仕入業者はいるが、ほとんど比較していない」と回答された場合にのみ、問 20 をお答えください。それ以外の場合は、問 21 へお進みください。

問 20 問 19 で「2 価格比較を行っているが、仕入業者の選定にはあまり反映されない」または「3 複数の仕入業者はいるが、ほとんど比較していない」と回答された医療用具・材料について、その理由として該当する番号全てに○印をおつけください。

- (1) PTCAバルーンカテーテル
- | |
|---|
| 1 事務量の増加に見合ったメリットが得られない |
| 2 値引率が仕入業者間でほとんど変わらない |
| 3 他の業者は取引に消極的である |
| 4 メーカー（又は輸入販売業者）の指定（推薦）業者の条件が最も良い |
| 5 他の業者が扱っていない |
| 6 価格交渉前に仕入業者が決定されている |
| 7 その他（ ） |
- (2) 冠動脈用ステントセット
- | |
|---|
| 1 事務量の増加に見合ったメリットが得られない |
| 2 値引率が仕入業者間でほとんど変わらない |
| 3 他の業者は取引に消極的である |
| 4 メーカー（又は輸入販売業者）の指定（推薦）業者の条件が最も良い |
| 5 他の業者が扱っていない |
| 6 価格交渉前に仕入業者が決定されている |
| 7 その他（ ） |
- (3) 植込み型心臓ペースメーカ
- | |
|---|
| 1 事務量の増加に見合ったメリットが得られない |
| 2 値引率が仕入業者間でほとんど変わらない |
| 3 他の業者は取引に消極的である |
| 4 メーカー（又は輸入販売業者）の指定（推薦）業者の条件が最も良い |
| 5 他の業者が扱っていない |
| 6 価格交渉前に仕入業者が決定されている |
| 7 その他（ ） |

3. 医療用具・材料の購入条件についてうかがいます。

問 21 在庫の所有形態に該当する番号に○印をおつけください。なお、「1 買取」と回答された医療用具・材料については、買い取ったものの廃棄損となってしまうおおよその割合（金額ベース）をご記入ください。

| | | |
|-------------------|------------------------------------|--------|
| (1) PTCAバルーンカテーテル | 1 買取 ⇒廃棄損 <input type="text"/> %程度 | 2 委託在庫 |
| (2) 冠動脈用ステントセット | 1 買取 ⇒廃棄損 <input type="text"/> %程度 | 2 委託在庫 |
| (3) 植込み型心臓ペースメーカ | 1 買取 ⇒廃棄損 <input type="text"/> %程度 | 2 委託在庫 |

下記の問 22～25 について、それぞれに該当する数値を【回答記入欄】へご記入ください。

問 22 平均的な病院の在庫数量を数値でご記入ください（委託在庫分も含む）。
 問 23 購入数量について年間（または月間）の契約を締結していますか。
 問 24 概ねの納入頻度について、該当する番号に○印をおつけください（複数の仕入業者から仕入れている場合には、取引の大きい方についてお答えください）。
 問 25 仕入業者に対し、緊急に翌日または当日納入を要請することはありますか。

【回答記入欄】

| | (1) PTCA バルーンカテーテル | (2) 冠動脈用ステントセット | (3) 植込み型心臓ペースメーカ |
|-----------------|--|--|--|
| 問 22 平均在庫量 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個 |
| 問 23 年間（月間）購入契約 | 1 締結している 2 締結していない | 1 締結している 2 締結していない | 1 締結している 2 締結していない |
| 問 24 納入頻度 | 1 毎使用時 2 ほぼ毎日 3 週 1～2 回程度 4 週 1 回未満 | 1 毎使用時 2 ほぼ毎日 3 週 1～2 回程度 4 週 1 回未満 | 1 毎使用時 2 ほぼ毎日 3 週 1～2 回程度 4 週 1 回未満 |
| 問 25 緊急納入 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 |

4. 仕入業者による附帯サービスについてうかがいます。

問 26 メーカーまたは輸入販売業者から何らかのサポートを受けていますか。該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) PTCAバルーンカテーテル

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 情報提供 | 2 24時間のバックアップ体制 |
| 3 術前準備等の補助 | 4 術中の立ち合い |
| 5 術後の定期検診 | 6 廃棄物処理（血液付着物等） |
| 7 伝票処理 | 8 学会開催・活動の支援 |
| 9 その他（ ） | 10 サポートは一切ない |

(2) 冠動脈用ステントセット

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 情報提供 | 2 24時間のバックアップ体制 |
| 3 術前準備等の補助 | 4 術中の立ち合い |
| 5 術後の定期検診 | 6 廃棄物処理（血液付着物等） |
| 7 伝票処理 | 8 学会開催・活動の支援 |
| 9 その他（ ） | 10 サポートは一切ない |

(3) 植込み型心臓ペースメーカー

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 情報提供 | 2 24時間のバックアップ体制 |
| 3 術前準備等の補助 | 4 術中の立ち合い |
| 5 術後の定期検診 | 6 廃棄物処理（血液付着物等） |
| 7 伝票処理 | 8 学会開催・活動の支援 |
| 9 その他（ ） | 10 サポートは一切ない |

問 27 卸売業者から何らかのサポートを受けていますか。該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) PTCAバルーンカテーテル

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 情報提供 | 2 24時間のバックアップ体制 |
| 3 術前準備等の補助 | 4 術中の立ち合い |
| 5 術後の定期検診 | 6 廃棄物処理（血液付着物等） |
| 7 伝票処理 | 8 学会開催・活動の支援 |
| 9 その他（ ） | 10 サポートは一切ない |

(2) 冠動脈用ステントセット

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 情報提供 | 2 24時間のバックアップ体制 |
| 3 術前準備等の補助 | 4 術中の立ち合い |
| 5 術後の定期検診 | 6 廃棄物処理（血液付着物等） |
| 7 伝票処理 | 8 学会開催・活動の支援 |
| 9 その他（ ） | 10 サポートは一切ない |

(3) 植込み型心臓ペースメーカー

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 情報提供 | 2 24時間のバックアップ体制 |
| 3 術前準備等の補助 | 4 術中の立ち合い |
| 5 術後の定期検診 | 6 廃棄物処理（血液付着物等） |
| 7 伝票処理 | 8 学会開催・活動の支援 |
| 9 その他（ ） | 10 サポートは一切ない |

問 28 仕入業者から、関連機器の無償貸与、関連製品の添付、製品サンプルの提供を受けることがありますか。該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) P T C Aバルーンカテーテル

- | | |
|---------------------|--|
| 1 関連計測機器の無償貸与 | |
| 2 関連製品の添付 | |
| 3 製品サンプルの提供 | |
| 4 その他 () | |
| 5 無償貸与、提供等は一切受けていない | |

(2) 冠動脈用ステントセット

- | | |
|---------------------|--|
| 1 関連計測機器の無償貸与 | |
| 2 関連製品の添付 | |
| 3 製品サンプルの提供 | |
| 4 その他 () | |
| 5 無償貸与、提供等は一切受けていない | |

(3) 植込み型心臓ペースメーカー

- | | |
|---------------------|--|
| 1 関連計測機器の無償貸与 | |
| 2 関連製品の添付 | |
| 3 製品サンプルの提供 | |
| 4 その他 () | |
| 5 無償貸与、提供等は一切受けていない | |

貴院でペースメーカー移植術・交換術を実施している場合にのみ、問 29・30 をお答えください。

問 29 業者の立ち合いなしでの手術、定期検診等を行うことについて該当する番号に○印をおつけください。

- | | | |
|-------------|-----------------|---------|
| 1 問題なく対応できる | 2 メーカーによって困難である | 3 困難である |
|-------------|-----------------|---------|

問 29 で「3 困難である」と回答された場合にのみ、問 30 をお答えください。それ以外の場合は、問 31 へお進みください。

問 30 問 29 で「3 困難である」と回答された理由として、該当する番号全てに○印をおつけください。

- | | |
|-------------------|--|
| 1 計測を行えるスタッフがいない | |
| 2 計測機器がない | |
| 3 製品の世代交代についていけない | |
| 4 その他 () | |

問 31 最後に、このアンケートにご記入された方の役職等について、該当する番号に○印をおつけください。なお、複数の方が分担してご記入された場合は、該当する番号全てに○印をおつけください。

| | |
|--------|------------|
| 1 病院長 | 2 1以外の医師 |
| 3 事務長 | 4 3以外の事務職員 |
| 5 その他（ | ） |

以上で心臓治療用医療用具に関するアンケートは終わりです。
基本票と整形外科医療用具票と一緒にご返送くださいますようお願い申し上げます。
ご協力いただきまして、誠に有り難うございました。

1. 医療用具・材料の購入形態や購入価格・数量などについてうかがいます。

問1 貴院の整形外科系病床数(平成15年10月1日現在)をご記入ください。

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

 床

問2 (1)～(3)の術式について、貴院の直近1年間の症例数をご記入ください。なお、()内は各術式の診療報酬点数上のコードを示します。

- (1) 人工骨頭挿入術(肩、股、膝)
- (2) 人工間接置換術(肩、股、膝)
- (3) 人工関節抜去術(肩、股、膝)

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

症例

症例

症例

問3 各医療用具・材料について、その購入形態として該当する番号に○印をおつけください。

(1) 人工股関節用材料

- | |
|-----------------------------|
| 1 自院単独で購入している |
| 2 同一法人内の複数病院が共同で購入している |
| 3 別法人の複数病院がグループを作り共同で購入している |

(2) 人工膝関節用材料

- | |
|-----------------------------|
| 1 自院単独で購入している |
| 2 同一法人内の複数病院が共同で購入している |
| 3 別法人の複数病院がグループを作り共同で購入している |

問3でいずれかの医療用具・材料について「1 自院単独で購入している」と回答された場合にのみ、問4をお答えください。それ以外の場合は、問5へお進みください。

問4 問3で「1 自院単独で購入している」と回答された医療用具・材料について、共同購入をしない理由として該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) 人工股関節用材料

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1 他病院と調整することが困難 | 2 在庫管理が困難 |
| 3 附帯的サービスが享受できなくなる | 4 価格引下げ効果が得られない |
| 5 その他() | 6 全く考えたことがない |

(2) 人工膝関節用材料

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1 他病院と調整することが困難 | 2 在庫管理が困難 |
| 3 附帯的サービスが享受できなくなる | 4 価格引下げ効果が得られない |
| 5 その他() | 6 全く考えたことがない |

下記の問7～12について、それぞれに該当する数値を【回答記入欄】へご記入ください。

- 問7 人工股関節用材料、人工膝関節用材料について、貴院で使用しているメーカー数をご記入ください。
- 問8 各医療用具などについて、貴院で使用している製品機種（銘柄）数をご記入ください。
- 問9 各医療用具などについて、貴院と取引のある仕入業者数（卸売業者・輸入販売業者・メーカー）について、それぞれご記入ください。
- 問10 各医療用具などについて、貴院での平成14年度の購入数量（概数）と使用数量（概数）をご記入ください。
- 問11 各医療用具などについて、貴院での平成14年度の購入総額（概数）をご記入ください。
- 問12 各医療用具などについて、最も購入数量の多い製品機種（銘柄）の保険償還価格に対する平均的な値引率をご記入ください。

【回答記入欄】

(1) 人工股関節用材料

(2) 人工膝関節用材料

| | | | | | | | | | | |
|------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----|
| 問7 使用メーカー数 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 社 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 社 |
| 問8 使用銘柄数 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 種類 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 種類 |
| 問9 取引卸売業者数 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 社 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 社 |
| 取引輸入販売業者数 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 社 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 社 |
| 取引メーカー数 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 社 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 社 |
| 問10 年間購入数量 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 個 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 個 |
| 年間使用数量 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 個 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 個 |
| 問11 年間購入総額 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 百万円 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 百万円 |
| 問12 平均的値引率 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |

※問9のご記入にあたっては、実質的に価格交渉を行う卸売業者もしくは輸入販売業者（直接取引）やメーカー（直接取引）の数をご記入ください。

問 13 各医療用具・材料について、その購入経路として該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) 人工股関節用材料

- | |
|---|
| 1 メーカー又は輸入販売業者から直接購入している 2 メーカー等の地域の販売代理店から購入している 3 卸売業者（1事業者のみ）を仲介させて購入している 4 複数の卸売業者（1次卸・2次卸…）を仲介させて購入している |
|---|

(2) 人工膝関節用材料

- | |
|---|
| 1 メーカー又は輸入販売業者から直接購入している 2 メーカー等の地域の販売代理店から購入している 3 卸売業者（1事業者のみ）を仲介させて購入している 4 複数の卸売業者（1次卸・2次卸…）を仲介させて購入している |
|---|

問 14 各医療用具・材料について、メーカーまたは輸入販売業者との直接取引について、今後のご意向をお答えください。

(1) 人工股関節用材料

- | |
|--|
| 1 現状を維持 2 直接取引を現在よりも増やす／開始する 3 直接取引を現在よりも減らす／止める 4 特に考えていない |
|--|

(2) 人工膝関節用材料

- | |
|--|
| 1 現状を維持 2 直接取引を現在よりも増やす／開始する 3 直接取引を現在よりも減らす／止める 4 特に考えていない |
|--|

2. 医療用具・材料の購入決定のプロセスについてうかがいます。

問 15 製品機種（銘柄）の選定においてどの部局の意見が主な反映されますか。該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) 人工股関節用材料

- | | |
|---------------------|------------|
| 1 病院長 | 2 担当診療科の医師 |
| 3 担当診療科以外の医師 | 4 事務部門 |
| 5 薬剤部門 | 6 看護部門 |
| 7 その他の部門（臨床検査、放射線等） | |

(2) 人工膝関節用材料

- | | |
|---------------------|------------|
| 1 病院長 | 2 担当診療科の医師 |
| 3 担当診療科以外の医師 | 4 事務部門 |
| 5 薬剤部門 | 6 看護部門 |
| 7 その他の部門（臨床検査、放射線等） | |

問 16 価格交渉の際に類似機能の製品機種（銘柄）がある場合、複数の製品機種（銘柄）間で価格比較を行っていますか。

(1) 人工股関節用材料

- | |
|--|
| 1 価格比較を行った上で条件の良い機種（銘柄）を購入している |
| 2 価格比較を行っているが、購入する機種（銘柄）の決定にはあまり反映されない |
| 3 ほとんど比較していない |

(2) 人工膝関節用材料

- | |
|--|
| 1 価格比較を行った上で条件の良い機種（銘柄）を購入している |
| 2 価格比較を行っているが、購入する機種（銘柄）の決定にはあまり反映されない |
| 3 ほとんど比較していない |

問 16 でいずれかの医療用具・材料について「3 ほとんど比較していない」と回答された場合にのみ、問 17 をお答えください。それ以外の場合は、問 18 へお進みください。

問 17 問 16 で「3 ほとんど比較しない」と回答された医療用具・材料について、その理由として該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) 人工股関節用材料

- | |
|---------------------------|
| 1 価格交渉前に機種（銘柄）が1つに決定されている |
| 2 どの銘柄を選んでも値引率がほとんど変わらない |
| 3 事務量の増加に見合ったメリットが得られない |
| 4 その他（ ） |

(2) 人工膝関節用材料

- | |
|---------------------------|
| 1 価格交渉前に機種（銘柄）が1つに決定されている |
| 2 どの銘柄を選んでも値引率がほとんど変わらない |
| 3 事務量の増加に見合ったメリットが得られない |
| 4 その他（ ） |

問 18 現在の仕入業者を選んだ理由について、該当する番号全てに○印をおつけください。

※それぞれの医療用具・材料について、複数の仕入業者との取引がある場合には、最も取引の多い仕入業者についてご回答ください。

【メーカーや輸入販売業者との直接取引について】

(1) 人工股関節用材料

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1 価格が安い | 2 総取引高でディスカウント |
| 3 技術的支援がしっかりしているため | |
| 4 昔からの取引先であるため | 5 医師の指定であるため |
| 6 その他 () | |
| 7 取引していない | |

(2) 人工膝関節用材料

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1 価格が安い | 2 総取引高でディスカウント |
| 3 技術的支援がしっかりしているため | |
| 4 昔からの取引先であるため | 5 医師の指定であるため |
| 6 その他 () | |
| 7 取引していない | |

【卸売業者との取引について】

(1) 人工股関節用材料

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1 価格が安い | 2 総取引高でディスカウント |
| 3 技術的支援がしっかりしているため | |
| 4 昔からの取引先であるため | 5 メーカーの指定であるため |
| 6 医師の指定であるため | |
| 7 その他 () | |
| 8 取引していない | |

(2) 人工膝関節用材料

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1 価格が安い | 2 総取引高でディスカウント |
| 3 技術的支援がしっかりしているため | |
| 4 昔からの取引先であるため | 5 メーカーの指定であるため |
| 6 医師の指定であるため | |
| 7 その他 () | |
| 8 取引していない | |

3. 医療用具・材料の購入条件についてうかがいます。

問 21 在庫の所有形態に該当する番号に○印をおつけください。なお、「1 買取」と回答された医療用具・材料については、買い取ったものの廃棄損となってしまうおおよその割合（金額ベース）をご記入ください。

| | | |
|--------------|--|--------|
| (1) 人工股関節用材料 | 1 買取 ⇒ 廃棄損 <input style="width: 50px;" type="text"/> %程度 | 2 委託在庫 |
| (2) 人工膝関節用材料 | 1 買取 ⇒ 廃棄損 <input style="width: 50px;" type="text"/> %程度 | 2 委託在庫 |

下記の間 22～25 について、それぞれに該当する数値を【回答記入欄】へご記入ください。

問 22 平均的な病院の在庫数量を数値でご記入ください（委託在庫分も含む）。

問 23 購入数量について年間（または月間）の契約を締結していますか。

問 24 概ねの納入頻度について、該当する番号に○印をおつけください（複数の仕入業者から仕入れている場合には、取引の大きい方についてお答えください）。

問 25 仕入業者に対し、緊急に翌日または当日納入を要請することはありますか。

【回答記入欄】

| | (1) 人工股関節用材料 | (2) 人工膝関節用材料 | | | | | | | | |
|-----------------|--|--------------|-----------|---|-----------|--|--------|--------|-------------|-----------|
| 問 22 平均在庫量 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25px; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table> 個 | | | | | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25px; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table> 個 | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 問 23 年間（月間）購入契約 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">1 締結している</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">2 締結していない</td> </tr> </table> | 1 締結している | 2 締結していない | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">1 締結している</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">2 締結していない</td> </tr> </table> | 1 締結している | 2 締結していない | | | | |
| 1 締結している | | | | | | | | | | |
| 2 締結していない | | | | | | | | | | |
| 1 締結している | | | | | | | | | | |
| 2 締結していない | | | | | | | | | | |
| 問 24 納入頻度 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">1 毎使用時</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">2 ほぼ毎日</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">3 週 1～2 回程度</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">4 週 1 回未満</td> </tr> </table> | 1 毎使用時 | 2 ほぼ毎日 | 3 週 1～2 回程度 | 4 週 1 回未満 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">1 毎使用時</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">2 ほぼ毎日</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">3 週 1～2 回程度</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">4 週 1 回未満</td> </tr> </table> | 1 毎使用時 | 2 ほぼ毎日 | 3 週 1～2 回程度 | 4 週 1 回未満 |
| 1 毎使用時 | | | | | | | | | | |
| 2 ほぼ毎日 | | | | | | | | | | |
| 3 週 1～2 回程度 | | | | | | | | | | |
| 4 週 1 回未満 | | | | | | | | | | |
| 1 毎使用時 | | | | | | | | | | |
| 2 ほぼ毎日 | | | | | | | | | | |
| 3 週 1～2 回程度 | | | | | | | | | | |
| 4 週 1 回未満 | | | | | | | | | | |
| 問 25 緊急納入 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">1 有</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">2 無</td> </tr> </table> | 1 有 | 2 無 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">1 有</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">2 無</td> </tr> </table> | 1 有 | 2 無 | | | | |
| 1 有 | 2 無 | | | | | | | | | |
| 1 有 | 2 無 | | | | | | | | | |

4. 仕入業者による附帯サービスについてうかがいます。

問 26 メーカーまたは輸入販売業者から何らかのサポートを受けていますか。該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) 人工股関節用材料

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 情報提供 | 2 24時間のバックアップ体制 |
| 3 術前準備等の補助 | 4 術中の立ち合い |
| 5 術後の定期検診 | 6 廃棄物処理（血液付着物等） |
| 7 伝票処理 | 8 学会開催・活動の支援 |
| 9 その他（ ） | 10 サポートは一切ない |

(2) 人工膝関節用材料

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 情報提供 | 2 24時間のバックアップ体制 |
| 3 術前準備等の補助 | 4 術中の立ち合い |
| 5 術後の定期検診 | 6 廃棄物処理（血液付着物等） |
| 7 伝票処理 | 8 学会開催・活動の支援 |
| 9 その他（ ） | 10 サポートは一切ない |

問 27 卸売業者から何らかのサポートを受けていますか。該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) 人工股関節用材料

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 情報提供 | 2 24時間のバックアップ体制 |
| 3 術前準備等の補助 | 4 術中の立ち合い |
| 5 術後の定期検診 | 6 廃棄物処理（血液付着物等） |
| 7 伝票処理 | 8 学会開催・活動の支援 |
| 9 その他（ ） | 10 サポートは一切ない |

(2) 人工膝関節用材料

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 情報提供 | 2 24時間のバックアップ体制 |
| 3 術前準備等の補助 | 4 術中の立ち合い |
| 5 術後の定期検診 | 6 廃棄物処理（血液付着物等） |
| 7 伝票処理 | 8 学会開催・活動の支援 |
| 9 その他（ ） | 10 サポートは一切ない |

問 28 仕入業者から、関連機器の無償貸与、関連製品の添付、製品サンプルの提供を受けることがありますか。該当する番号全てに○印をおつけください。

(1) 人工股関節用材料

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | 関連計測機器の無償貸与 |
| 2 | 関連製品の添付 |
| 3 | 製品サンプルの提供 |
| 4 | その他 () |
| 5 | 無償貸与、提供等は一切受けていない |

(2) 人工膝関節用材料

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | 関連計測機器の無償貸与 |
| 2 | 関連製品の添付 |
| 3 | 製品サンプルの提供 |
| 4 | その他 () |
| 5 | 無償貸与、提供等は一切受けていない |

問 29 最後に、このアンケートにご記入された方の役職等について、該当する番号に○印をおつけください。なお、複数の方が分担してご記入された場合は、該当する番号全てに○印をおつけください。

- | | | | |
|---|---------|---|-----------|
| 1 | 病院長 | 2 | 1 以外の医師 |
| 3 | 事務長 | 4 | 3 以外の事務職員 |
| 5 | その他 () | | |

.....

以上で整形外科医療用具に関するアンケートは終わりです。
基本票と一緒にご返送くださいますようお願い申し上げます。
ご協力いただきまして、誠に有り難うございました。