

医療用具・材料の流通慣行に関する実態調査

【ご記入にあたってのお願い】

1. 各設問のご回答については、該当する番号に○印をつけていただくものと、具体的な数値等を記入していただくものがあります。また、「その他」を選択される場合には、() 内にできるだけ具体的にご記入ください。
2. 眼内レンズの個別の規格ごとに分かれている設問については、貴院で使用しているものについてのみご記入ください。
3. このアンケート票にご記入いただけましたら、平成15年11月20日(木)までに同封の返信用封筒にてご返送くださいますようお願い申し上げます。
4. ご不明の点がございましたら、下記までお問い合わせください。

—この調査についてのお問い合わせ—

財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構

貴院の概要についておたずねします。

問1 貴院の所在する地域ブロックについて、該当する番号に○印をおつけください。

1	北海道
2	東北 (青森県・岩手県・宮城県・秋田県・山形県・福島県)
3	関東Ⅰ (埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県)
4	関東Ⅱ (茨城県・栃木県・群馬県・山梨県・長野県)
5	北陸 (新潟県・富山県・石川県・福井県)
6	東海 (岐阜県・静岡県・愛知県・三重県)
7	近畿Ⅰ (京都府・大阪府・兵庫県)
8	近畿Ⅱ (滋賀県・奈良県・和歌山県)
9	中国 (鳥取県・島根県・岡山県・広島県・山口県)
10	四国 (徳島県・香川県・愛媛県・高知県)
11	北九州 (福岡県・佐賀県・長崎県・大分県)
12	南九州 (熊本県・宮崎県・鹿児島県・沖縄県)

問2 貴院の開設主体について、該当する番号に○印をおつけください。

1 国立	(厚労省・文科省・労働福祉事業団・その他)
2 公立	(都道府県・市町村)
3 公的	(日赤・済生会・北海道社会事業協会・厚生連・国民健康保険団体連合会)
4 社会保険関係団体	(全国社会保険協会連合会・厚生年金事業振興団・健康保険組合及びその連合会・共済組合及びその連合会・国民健康保険組合)
5 医療法人	
6 個人	
7 その他	(公益法人・学校法人・会社・その他の法人)

問3 貴院は医育機関*ですか。

1 はい	2 いいえ
------	-------

*医育機関とは、学校教育法に基づく大学において、医学又は歯学の教育を行うことに付随して設けられた病院及び分院のことをいいます。また、大学研究所付属病院も含まれます。

問4 貴院の全許可病床数(平成15年10月1日現在)をご記入ください。

--	--	--	--

 床

問5 医療用具・材料の購入に関する全体的な状況について、数値をご記入ください。

(1) 現在取引のある仕入業者*の総数						社
(2) 年間購入総額(平成14年度分)						百万円

*仕入業者とは、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)のことを指します。

問6 貴院又は貴法人では、医療用具・材料の購入に関する選定組織(チェーン病院等の場合、本部組織を含む)を設置していますか。また、その組織は実質的に機能していますか。

1 設置しており、活発な議論が行われている
2 設置してはいるが、実質的な議論は行われていない
3 設置していない

問7 貴院又は貴法人では、各医療用具・材料を購入するための会社等の組織を設立していますか。

1 設立している	2 設立していない
----------	-----------

問 12 各医療用具・材料について、購入価格等について病院間で情報交換を行っていますか。

(1) フォールダブル

1 している	2 していない
--------	---------

(2) ワンピース

1 している	2 していない
--------	---------

(3) スリーピース

1 している	2 していない
--------	---------

問 12 でいずれかの規格について「2 していない」と回答された場合にのみ、問 13 をお答えください。それ以外の場合は、問 14 へお進みください。

問 13 問 12 で「2 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) フォールダブル

1 事務量増加に見合ったメリット無し
2 他院より良い条件で取引している
3 取引条件が異なり比較できない
4 製品機種が異なり比較できない
5 応じてくれる病院がない
6 仕入業者との信頼関係を保つため
7 全く考えたことがない
8 その他 ()

(2) ワンピース

1 事務量増加に見合ったメリット無し
2 他院より良い条件で取引している
3 取引条件が異なり比較できない
4 製品機種が異なり比較できない
5 応じてくれる病院がない
6 仕入業者との信頼関係を保つため
7 全く考えたことがない
8 その他 ()

(3) スリーピース

1 事務量増加に見合ったメリット無し
2 他院より良い条件で取引している
3 取引条件が異なり比較できない
4 製品機種が異なり比較できない
5 応じてくれる病院がない
6 仕入業者との信頼関係を保つため
7 全く考えたことがない
8 その他 ()

下記の問 14～18 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 14 眼内レンズの各規格について、貴院で使用しているメーカー数をご記入ください。
- 問 15 眼内レンズの各規格について、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 16 眼内レンズの各規格について、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 17 眼内レンズの各規格について、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 18 眼内レンズの各規格について、貴院での平成 14 年度の購入総額（概数）をご記入ください。

【回答記入欄】

(1) フォールダブル

(2) ワンピース

(3) スリーピース

問 14 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	社
問 15 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	種類
問 16 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	<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	<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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	社
問 17 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	<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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	個
問 18 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	百万円

※問 16 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 19 眼内レンズの各規格ごとに、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) フォールダブル

- 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) ワンピース

- 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) スリーピース

- 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 20 眼内レンズの各規格ごとに、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) フォールダブル

- 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) ワンピース

- 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) スリーピース

- 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 21 眼内レンズの製品機種（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) フォールダブル

- | | |
|---------------------|------------|
| 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) ワンピース

- | | |
|---------------------|------------|
| 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) スリーピース

- | | |
|---------------------|------------|
| 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 22 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) フォールダブル

- | |
|--|
| 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) ワンピース

- | |
|--|
| 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) スリーピース

- | |
|--|
| 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 22 でいずれかの規格について「3 ほとんど比較していない」と回答された場合にのみ、問 23 をお答えください。それ以外の場合は、問 24 へお進みください。

問 23 問 22 で「3 ほとんど比較していない」と回答された規格について、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) フォールダブル

- | |
|---------------------------|
| 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) ワンピース

- | |
|---------------------------|
| 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（ ） |

(3) スリーピース

- | |
|---------------------------|
| 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 24 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。

※それぞれの規格について、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) フォールダブル

- | | |
|--------------------|----------------|
| 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 医師の指定であるため |
| 6 その他（ ） | |
| 7 取引していない | |

(2) ワンピース

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

(3) スリーピース

- | | |
|--------------------|----------------|
| 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) フォールダブル

- | | |
|--------------------|----------------|
| 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) ワンピース

- | | |
|--------------------|----------------|
| 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) スリーピース

- | | |
|--------------------|----------------|
| 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 25 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) フォールダブル

- | |
|----------------------------------|
| 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) ワンピース

- | |
|----------------------------------|
| 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) スリーピース

- | |
|----------------------------------|
| 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. 医療用具・材料の購入条件についてうかがいます。

問 27 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（金額ベースで）をご記入ください。

(1) フォールダブル

1 買取 ⇒ 廃棄損	<input type="text"/>	%程度	2 委託在庫
------------	----------------------	-----	--------

(2) ワンピース

1 買取 ⇒ 廃棄損	<input type="text"/>	%程度	2 委託在庫
------------	----------------------	-----	--------

(3) スリーピース

1 買取 ⇒ 廃棄損	<input type="text"/>	%程度	2 委託在庫
------------	----------------------	-----	--------

下記の問 28～31 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 28 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 29 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 30 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 31 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) フォールダブル

(2) ワンピース

(3) スリーピース

問 28 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 29 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 30 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 31 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 32 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) フォールダブル

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) ワンピース

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) スリーピース

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 33 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) フォールダブル

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) ワンピース

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) スリーピース

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 34 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) フォールダブル

- | |
|---------------------|
| 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) ワンピース

- | |
|---------------------|
| 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) スリーピース

- | |
|---------------------|
| 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 35 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 () | |

以上でアンケートは終わりです。
ご協力いただきまして、誠に有り難うございました。

医療機器（CT・MRI）に関する実態調査

【ご記入にあたってのお願い】

1. 本調査票は、下記の構成となっております。

医療機器調査票（CT・MRI調査票）1部

2. 各設問のご回答については、該当する番号に○印をつけていただくものと、具体的な数値等を記入していただくものがあります。また、「その他」を選択される場合には、（ ）内にできるだけ具体的に記入ください。
3. 調査票の中で、個別の医療機器ごとに分かれている設問については、それぞれについてご記入ください。

4. 各アンケート票にご記入いただけましたら、

平成 17 年 3 月 7 日（月）まで

に同封の返信用封筒にてまとめてご返送くださいますようお願い申し上げます。

5. ご不明の点がございましたら、下記までお問い合わせください。

—この調査についてのお問い合わせ—
財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構
〒105-0003 港区西新橋 1-5-11 第11 東洋海事ビル 2F
FREE DIAL 0120-568535(2/21以降)
TEL：03-3506-8529 FAX：03-3506-8528
担当者：今野・山崎・坂巻

医療機器 (CT・MRI) に関する実態調査

1. 貴院の概要についておたずねします。

問1 所在地	(都・道・府・県)		(区・市・町・村)								
問2 開設主体	1 国立 (厚労省・独立行政法人国立病院機構・国立大学法人・独立行政法人労働者健康福祉機構・その他) 2 公立 (都道府県・市町村) 3 公的 (日赤・済生会・北海道社会事業協会・厚生連・国民健康保険団体連合会) 4 社会保険関係団体 (全国社会保険協会連合会・厚生年金事業協同会・健康保険組合及びその連合会・共済組合及びその連合会・国民健康保険組合) 5 公益法人 6 医療法人 7 学校法人 8 会社 9 その他法人 10 個人										
問3 医育機関	1 医育機関である ※医育機関とは、学校教育法に基づく大学において、医学又は歯学の教育を行うことに付随して設けられた病院及び分院のことをいいます。また、大学研究所付属病院も含まれます。 2 医育機関でない										
問4 施設種別等 ※併設施設についても、該当する番号に○印をおつけください。	施設種別		許可病床数 (平成16.10.1現在)								
	1 病院 →	精神病床			床						
		感染症病床			床						
		結核病床			床						
		療養病床			床						
		一般病床			床						
2 有床診療所 →				床							
3 無床診療所											
4 画像診断センター											
5 その他 →	()										
問5 標榜診療科数	科 (そのうち、放射線科 あり・なし)										
問6 救急指定	1 初期 2 二次 3 三次 (救命救急センター) 4 指定無し										
問7 承認状況	1 地域医療支援病院 2 地域拠点病院 3 特定機能病院 4 開放型病院 5 へき地医療拠点・中核・支援病院 6 1-5以外の承認 7 どれにも当てはまらない										
問8 外来診療時間	一般外来			時間/週	問9 放射線科専門医の有無 1 常駐している 2 常駐はしていない 3 不在						
	夜間・休日の対応	(あり・なし)									
問10 保有機器の性能と購入時期 ※1) 最も利用率の高い機器1台に○をお付け下さい。 ※2) CT・MRIは、検査・画像診断を利用目的とするものを指します。以下、全て同じです。 ※3) 5台以上ご所有の場合には、5台目以上についてお答えくださらなくて結構です。	台数	CT (マルチスライス)		CT (シングルスライス)		MRI (1.0テスラ未満)		MRI (1.0テスラ以上)		MRI (永久磁石)	
	1台目	西暦	年()	西暦	年()	西暦	年()	西暦	年()	西暦	年()
	メーカー機種										
	2台目	西暦	年()	西暦	年()	西暦	年()	西暦	年()	西暦	年()
	メーカー機種										
	3台目	西暦	年()	西暦	年()	西暦	年()	西暦	年()	西暦	年()
メーカー機種											
4台目	西暦	年()	西暦	年()	西暦	年()	西暦	年()	西暦	年()	
メーカー機種											

以下の質問は、最近導入されたCT・MRIについてお聞きします。

2. 現在のご使用のCT・MRIの保有状況・稼働状況についておたずねします。

問 11 最も利用率の高い機器の直近1週間の稼働日数と1日の平均的使用件数 ※検診センターでの使用は、外来対象としてください。	CT	稼働日数 日/週	対象	撮影総件数			特殊撮影				
			入院				件/日				件/日
	MRI	稼働日数 日/週	外来				件/日				件/日
			入院				件/日				件/日
問 12 最も利用率の高い機器の使用対象	1 入院 2 外来 3 救急 4 その他 ()										
問 13 最も利用率の高い機器の1日の平均使用時間	1 CT					時間/日	(小数点第一位まで)				
	2 MRI					時間/日					
問 14-1 従事者数						CT (常勤)		CT (非常勤)			
	1	撮影・読影にかかわる放射線科医師				人/週			人/週		
	2	撮影・読影にかかわる他の診療科医師				人/週			人/週		
	3	撮影にかかわる診療放射線技師				人/週			人/週		
問 14-2 従事者数						MRI (常勤)		MRI (非常勤)			
	1	撮影・読影にかかわる放射線科医師				人/週			人/週		
	2	撮影・読影にかかわる他の診療科医師				人/週			人/週		
	3	撮影にかかわる診療放射線技師				人/週			人/週		
問 15 特殊機器の届出書類上の施設基準 ※この数値を基準に施設共同利用率が計算されています。						特殊CT		特殊MRI			
	1	特殊撮影に使用する画像診断機器の使用全患者数(単純撮影のみの患者数含む)				名			名		
	2	当該画像診断機器の共同利用を目的として他の医療機関から撮影のみまたは画像の判読を含めた撮影を依頼された紹介患者数				名			名		
	3	特別な関係にある医療機関間での紹介、及び、画像撮影実施の医療機関へ転医目的で紹介された患者数				名			名		

3. 医療機器の導入形態についておたずねします。

問 16 最新導入機器の導入形態 (○は1つ)			CT	MRI
	1	卸業者・販売代理店から購入	1	1
	2	リース契約により導入	2	2
	3	その他 ()	3	3
問 17 最新導入機器の導入に際して最も強い理由 (○は1つ)			CT	MRI
	1	既存の一部の機器が古くなった・償却期限がきたから入替え	1	1
	2	操作面・性能面・経済面で効率性のいい機器が登場したから入替え	2	2
	3	リース契約が更新時期を迎えたから入替え	3	3
	4	経営上の理由により新規に導入	4	4
	5	臨床上の必要性により新規に導入	5	5
	6	その他 ()	6	6

問 18 最新導入機器の機種選定に際して最も意見の強く反映された部署等 (○は1つ)		CT	MRI
		1 病院長・理事長	1
2 放射線科の医師	2	2	
3 放射線科以外の医師	3	3	
4 診療放射線技師	4	4	
5 理事会	5	5	
6 購買担当部門	6	6	
7 購買委員会	7	7	
8 その他の部門 ()	8	8	
9 コンサルティング業者	9	9	

4. 医療機器の導入にあたって重視した点をおたずねします。

問 19 最新導入機器の導入に際して比較検討をしたか	1 比較検討をした 2 比較検討をしていない		CT		MRI	
問 20 最新導入機器の導入に際して最も重視した点 重視した点の1位、2位をそれぞれお答えください。(○は1つ)			1位	2位	1位	2位
	1 本体価格		1	1	1	1
	2 性能・操作性		2	2	2	2
	3 メーカーブランドの信頼性		3	3	3	3
	4 コンサルティング業者等の推薦		4	4	4	4
	5 サポート体制		5	5	5	5
	6 維持管理（メンテナンス）費用		6	6	6	6
	7 その他		7	7	7	7

5. 医療機器に対するサポート体制についておたずねします。

問 21 最新導入機器のメンテナンスに関する契約 (○は1つ)		CT	MRI
		1 年間フルサポート契約	1
2 免責額ありのサポート契約	2	2	
3 トラブル時のみのスポット契約、または特に結んでいない	3	3	
4 その他 ()	4	4	
問 22 最も使用頻度の高い機器の維持管理について (空欄に記入、または該当項目に○)	1 CTのかん球の交換		回/年
	2 CTのかん球の代金と交換費用の値引き	(あり・なし)	
	3 MRIへのヘリウムガスの注入		回/年
	4 MRIへのヘリウムガスの注入費用の値引き	(あり・なし)	

6. 今後の計画についておたずねします。

問 23 今後の保有機器の台数等の変更の意向 (○は1つ)			CT	MRI
	1	新機種の入替えを予定している	1	1
	2	増設を予定している	2	2
	3	どちらか一方を現在保有していないが新たな導入を計画している	3	3
	4	入替え・増設・新規導入の予定はない	4	4
	5	台数を減らす予定である	5	5
	6	廃止する予定である	6	6
【問23で1~3を選択した場合のみ】 問 24 今後の導入方針 (該当項目に○)			CT	MRI
	1	性能・操作性の高いモデルを導入	1	1
	2	本体価格の安価なモデルを導入	2	2
	3	サポート体制を重視して導入	3	3
	4	維持管理（メンテナンス）費用を重視して導入	4	4
	5	その他（ ）	5	5
【問23で1~3を選択した場合のみ】 問 25 今後の導入形態 (該当項目に○)			CT	MRI
	1	購入を検討	1	1
	2	リースを検討	2	2
	3	共同購入や情報交換によって、コストをさげる方針	3	3
	4	その他（ ）	4	4

7. CT・MRIの導入価格・維持管理費用についておたずねします。

以下の質問についてはお答えできる範囲で結構です。

問 26 最新導入機器の購入又はリース価格・費用 ※工事費は含みません。	1	CTの本体購入価格	約		百万円			
	2	MRIの本体購入価格	約		百万円			
	3	CT本体のリース契約の年間費用	約		百万円/年×リース期間		年	
	4	MRI本体のリース契約の年間費用	約		百万円/年×リース期間		年	
問 27 最新導入機器の契約上の維持管理費用	1	CT1台の年間維持管理費用	約		百万円/台・年	リースの場合、契約に (含む・含まれず)		
	2	MRI1台の年間維持管理費用	約		百万円/台・年	リースの場合、契約に (含む・含まれず)		
問 28 最新導入機器の契約以外の追加的維持管理費用	1	CT1台の年間追加維持管理費用	約		百万円/台・年	リースの場合、契約に (含む・含まれず)		
	2	MRI1台の年間追加維持管理費用	約		百万円/台・年	リースの場合、契約に (含む・含まれず)		
問 29 本アンケートの記入者	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（ ）						

以上でアンケートは終わりです。ご協力いただき誠に有り難うございました。

－日本放射線科専門医会・医会会員様各位－

この度は「医療機器の内外価格差に関する調査研究」にご協力頂きまして誠にありがとうございます。

本調査は、厚生労働省の研究補助金により実施しているものです。調査に当たりましては、日本放射線科専門医会・医会のご承認のもと、本会員の方々へ調査票を発送させていただいております。発送先リストはすでに消去しており、会員様の個人情報を今回の調査以外で使用する事は一切ございません。また、「医療経済研究機構」(<http://www.ihp.jp/>)は厚生労働省保険局所管の財団法人であり、本調査の事務局を担当させていただいております。

調査の趣旨をご理解いただき、何卒ご協力下さいますようお願い申し上げます。なお、大変恐縮ではございますが、調査票に誤りがございましたので、以下の通り修正ならびに補足説明をさせていただきます。

*** 記 ***

問 8 : 「一般外来の診療時間」について : 診療科によって診療時間が異なる場合は、放射線科の診療時間をお答えください。

問 11 : 誤「1 か月間の平均使用件数」→ 正「1 日の平均使用件数」

問 11 : 誤「単純撮影」→ 正「撮影総件数」

問 11 : 誤「特殊撮影」→ 正「特殊CT・特殊MRIによる撮影」

問 11 : 特殊CT・MRI を使用していない(届出を出していない) 場合には、「撮影総件数」のみお答えください。

問 14 : 「従事者数」は「延べ人数」をお答えください。

問 15 : 特殊機器の届出での「患者数」は、「近々3か月の合計患者数」をお答えください。届出を出されていない場合はお答え頂かなくて結構です。

以上

(財) 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構

担当 : 今野・山崎・坂巻

問い合わせ先 : 0120-568-535 (月曜-金曜、10:00-18:00)