

中医協 総-4-2
24. 11. 28

診調組 税-2-2改
24. 10. 31

医療機関等の設備投資に関する調査

調査票(案)

(提出期限:平成25年〇月〇日)

| | | | | |
|-------|--------|------|---|---------|
| 施設名 | | | | |
| 記入者氏名 | | 部署 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 市外局番 | — | — (内線) |
| | FAX番号 | | — | — |
| | e-mail | | | @ |

第1 基本データ

1 貴施設の開設者（平成24年●月●日現在、該当する番号を記入してください。）

1 国立 2 公立 3 公的 4 社会保険関係 5 医療法人 6 社会医療法人
 7 個人 8 会社法人 9 私立学校法人 10 社会福祉法人 11 その他の法人

- ※ 1 国立 : 独立行政法人、国立大学法人。
 2 公立 : 都道府県立、市町村立、地方独立行政法人。
 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 : 全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、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 医療法人 : 医療法第39条の規定にもとづく医療法人。ただし社会医療法人は除く。
 6 社会医療法人 : 医療法第42条の2の規定にもとづく医療法人。
 8 会社法人 : 会社法第2条第1項の規定にもとづく会社(株式会社、合名会社、合資会社又は合同会社)。
 9 私立学校法人 : 私立学校法第3条の規定にもとづく私立学校法人
 10 社会福祉法人 : 社会福祉法第22条の規定にもとづく社会福祉法人

2 開設者変更の状況（該当がない場合は記載する必要はありません。）

・平成18年4月～平成24年3月までの間に、開設者の変更があった場合、その年月 平成! 年! 月

・従前の開設者

1 国立 2 公立 3 公的 4 社会保険関係 5 医療法人 6 社会医療法人
 7 個人 8 会社法人 9 私立学校法人 10 社会福祉法人 11 その他の法人

3 病床の状況（薬局の方は記載する必要はありません。） (平成24年●月●日現在)

| | 一般病床 | 療養病床 | 精神科病床 | 結核病床 | 感染症病床 | 合計 |
|-----------------|------|------|-------|------|-------|----|
| 許可病床数 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| !(うち)介護療養型医療施設分 | | 床 | 床 | | | 床 |
| 届出病床数 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |

※許可病床数は、医療法の規定に基づき使用許可を受けている病床数を記載してください。
 ※届出病床数は、保険医療機関として地方厚生局長等に届け出ている病床数を記載してください。

4 直近の事業年(度)（個人立以外の施設の方のみ記載してください。）

平成24年3月末までに終了した事業年(度) 平成! 年! 月 ~ 平成! 年! 月

※個人立の場合は、平成23年1月1日から平成23年12月31日までの期間が直近の事業年(度)となるため、記入の必要はありません。

5 経理方式（該当する番号を記載してください。）

1.税込 2.税抜 ※次頁以降で回答いただく金額等は、選択した経理方式に従って記載してください。

6 収益（金額を記載してください）

| | 前々々事業年(度) | 前々事業年(度) | 直近の事業年(度) (前事業年(度)) |
|-------------------------------|-----------|----------|------------------------|
| 総収益額 | 円 | 円 | 円 |
| 医業収益額 | 円 | 円 | 円 |
| 社会保険診療報酬(保険調剤)収益額 (患者負担含む) | 円 | 円 | 円 |

※総収益欄は、医業収益、医業外収益、臨時収益等、貴施設における全ての収益をご記入ください。
 ※社会保険診療報酬(保険調剤)収益欄は、健康保険、国民健康保険等の医療保険、後期高齢者医療制度に係る支払基金・国保連に対する請求金額及び窓口徴収金による収益をご記入ください。

第2 設備投資の状況

1 医療機器、調剤用機器及び医療情報システム用機器の保有状況(固定資産台帳に掲載されているもの)

固定資産台帳に掲載されている医療機器、調剤用機器及び医療情報システム用機器のうち、直近の5事業年(度)中に取得し、かつ取得価格が次の金額以上の機器がありますか。ある場合、その詳細について以下の表にご記載ください。

○病院(300床未満)の方:金額によらず全ての機器についてご記載ください。

○病院(300床以上)の方:原則として500万円以上の機器についてご記載ください(注1、注2、注3)。

○一般診療所、歯科診療所、薬局の方:金額によらず全ての機器についてご記載ください。

(注1) 複数の機器が一体として利用されるような場合には、それらをまとめてカウントし、総金額が500万以上であれば記載することとしてください。その際の機器分類については、主たる機器の機能に従った分類を記載してください。

(注2) 金額の下限設定については、病院側の回答に係る負担を考慮して設定されたものです。本調査は、医療機関等の行う「高額投資」に係る消費税負担の状況を把握し、今後の消費税引き上げの際に行うべき施策の検討に必要なデータを入手する目的で行われています。ここで示した下限額を「高額投資」の定義とする趣旨ではありません。

(注3) 注2に記載のとおり、金額の下限設定については、病院側の回答に係る負担を考慮して設定されたものですが、対応可能であれば、金額によらず全ての機器についてご記載ください。

なし (なしの場合、をに変えてください)

あり (ありの場合、をに変え、以下の表にご記載ください)

| ※1 No | ※2 資産番号 | ※2 固定資産台帳上の 機器名称 | ※3 機器分類又は 一般的名称等 | ※4 取得価額 (円) | 取得年(度) | ※5 取得 方法 |
|----------|------------|------------------------|------------------------|-------------------|--------|----------------|
| 例 | 20-010 | 10KVIH2 4024US | 移動型アナログ式汎用 X線診断装置 | 3,500,000 | 2008 | 1 |
| 例 | 21-015 | 歯科用ユニット | 22 | 5,000,000 | 2009 | 1 |
| 例 | 22-015 | 全身用CT | 37618010 | 20,000,000 | 2010 | 1 |
| 例 | 22-015 | 磁気共鳴画像診断装置 | 常電導磁石式全身用 MR装置 | 150,000,000 | 2010 | 1 |
| 例 | - | 電子カルテシステム | 40 | 300,000,000 | 2010 | 1 |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

※1 必要に応じ行を追加してください。

※2 固定資産台帳上の情報を記載してください。整理番号について、台帳上記載がない場合は「-」を記載してください。

※3 ●「医療機器」の場合:当該機器の機器分類について、別添の「医療機器分類表」から選択し、該当するコードを記載してください。
分類について判断し難い場合は、当該機器の一般的名称又はJMDNコードを記載し、一般的名称及びJMDNコードのいずれも不明である場合は、販売名を記載してください。
●「調剤用機器」又は「医療情報システム用機器」の場合:別添の「調剤用機器分類表」及び「医療情報システム用機器分類表」から選択し、該当するコード番号を記載してください。

※4 取得価額については、第1基本データの5で選択した経理方式に従って記載してください。

※5 取得方法について、以下の選択肢から選択し、該当する番号を記載してください。

1. 購入 2. リース契約 3. その他

2 新築した建物の保有状況(固定資産台帳に掲載されているもの)

固定資産台帳に掲載されている建物のうち、直近の5事業年(度)中に新築した建物資産がありますか。ある場合、その詳細について以下の表にご記載ください。

なし(なしの場合、□を■に変えてください)

あり(ありの場合、□を■に変え、以下の表にご記載ください)

| ※1 No | ※2 資産 番号 | ※2 資産名称 | 取得年(度) | ※3 取得価額 (円) | ※3 工事契約金額 (円) | ※3 当該建 物の利 用目的 | 当該建物 の延べ床 面積(m ²) |
|----------|----------------|------------|--------|-------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| 例 | 180001 | 東病棟 | 2008 | 2,500,000,000 | 2,500,000,000 | 1 | 10,000 |
| 例 | 230002 | 職員宿舎 | 2011 | 150,000,000 | 165,000,000 | 3 | 1,500 |
| 例 | 22-001 | 店舗 | 2010 | 70,000,000 | 70,000,000 | 3 | 150 |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |

※1 必要に応じ行を追加してください。

※2 固定資産台帳上の情報を記載してください。整理番号について、台帳上記載がない場合は「-」を記載してください

※3 取得価額、工事契約金額については、第1基本データの5で選択した経理方式に従って記載してください。

※4 利用目的については、以下の分類から選択し、該当する番号を記載してください。

- 1 病棟
- 2 検査・診療棟
- 3 その他

3 補助金を利用した設備投資の状況(固定資産台帳に掲載されているもの)

固定資産台帳に掲載されている資産のうち、直近の5事業年(度)中に補助金を利用して取得したものが
あります。ある場合、その詳細について以下の表にご記載ください。

なし (なしの場合、□を■に変えてください)

あり (ありの場合、□を■に変え、以下の表にご記載ください)

| ※1 No | ※2 資産番号 | ※2 資産名称 | ※3 取得価額 (円) | うち補助額 (円) | 補助金制度の名称 | 取得年 (度) |
|----------|------------|-------------|-------------------|--------------|--------------------|------------|
| 例 | 21-021 | レセプトコンピューター | 1,500,000 | 476,191 | 医療施設等設備設 備費助成事業 | 2009 |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

※1 必要に応じ行を追加してください。

※2 固定資産台帳上の情報を記載してください。整理番号について、台帳上記載がない場合は「-」を記載してくだ
さい。

※3 取得価額、補助額については、第1基本データの5で選択した経理方式に従って記載してください。
(税抜き補助額が不明の場合、受領した額に105分の100を乗じて四捨五入した額を記載してください。)

4 リース・賃貸契約により保有する資産の状況(固定資産台帳に掲載されていないもの)

平成24年●月●日現在、リース契約(再リース契約を除く)又は賃貸借契約等により保有している建物・物品のうち、直近の5事業年(度)中に契約し、かつ固定資産台帳に掲載されていないものがありますか。ある場合、その詳細について以下の表にご記載ください。(土地、有価証券等の消費税非課税のものは記載しないでください。)

また、医療機器、調剤用機器及び医療情報システム用機器については、その分類又は一般的名称等についてもご記載ください。

- なし(なしの場合、口を■に変えてください)
- あり(ありの場合、口を■に変え、以下の表にご記載ください)

○ファイナンス・リース契約(※4)によるもの

| ※1 No | 建物・物品の名称 | 数量 | ※2 支払リース料総額(円) | 契約年(度) | リース期間 | ※3 機器分類又は一般的名称等 |
|----------|----------|----|-------------------|---------|-------|--------------------|
| 例 | コピー機 | 10 | 120,000 | 2011年4月 | 3年 | — |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

○ファイナンス・リース契約以外のリース契約、レンタル契約及び賃貸借契約等によるもの

| ※1 No | 建物・物品の名称 | 数量 | ※2 支払賃貸料総額(円) | 契約年(度) | 契約期間 | ※3 機器分類又は一般的名称等 |
|----------|----------|----|------------------|---------|------|--------------------|
| 例 | 建物 | 1 | 24,000,000 | 2012年3月 | 2年 | — |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

※1 必要に応じ行を追加してください。

※2 支払リース料総額、支払賃貸料総額は、●月●日現在締結している契約条件において、全契約期間中に支払うこととしている支払総額を記載してください。また第1基本データの5で選択した経理方式に従って記載してください。

※3 ●「医療機器」の場合:当該機器の機器分類について、別添の「医療機器分類表」から選択し、該当するコードを記載してください。

分類について判断し難い場合は、当該機器の一般的名称又はJMDNコードを記載し、一般的名称及びJMDNコードのいずれも不明である場合は、販売名を記載してください。

●「調剤用機器」又は「医療情報システム用機器」の場合:別添の「調剤用機器分類表」及び「医療情報システム用機器分類表」から選択し、該当するコード番号を記載してください。

※4 ファイナンス・リース契約について、リース会社等からの明細から明らかにならない取引については、以下の3つの条件の全てを満たす契約を記載してください。

(1)対象資産を貴施設が選定し、(2)リース会社等が貴施設に代わって購入し、(3)購入額と同程度のリース料総額を支払って、貴施設が使用している。

5 費用処理(建物・付属設備修繕)の状況(固定資産台帳に掲載されていないもの)

直近の3事業年(度)中に行った建物及び付属設備資産に係る修繕のうち、減価償却せず(固定資産台帳に掲載せず)、経費処理したものがありますか。ある場合、その詳細について以下の表にご記載ください。

なし (なしの場合、□を■に変えてください)

あり (ありの場合、□を■に変え、以下の表にご記載ください)

| ※1 No | 契約年(度) | ※2 契約金額(円) | 修繕の内容 |
|----------|---------|---------------|--------------|
| 例 | 2011年4月 | 10,000,000 | 東病棟の外壁クラック補修 |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |

※1 必要に応じ行を追加してください。

※2 金額は、第1基本データの5で選択した経理方式に従って記載してください。

○医療機器分類表

画像診断システム

| コード | 分類名 |
|-----|----------------|
| 1 | 診断用X線装置 |
| 2 | 歯科用X線装置 |
| 3 | 医用X線CT装置 |
| 4 | 診断用核医学装置及び関連装置 |
| 5 | 磁気共鳴画像診断装置 |
| 6 | 診断用X線画像処理装置 |
| 7 | 主要構成ユニット |
| 8 | その他 |

画像診断用X線関連装置及び用具

| コード | 分類名 |
|-----|--------|
| 9 | X線防護用具 |
| 10 | その他 |

医用検体検査機器

| コード | 分類名 |
|-----|-----------|
| 11 | 検査用核医学装置 |
| 12 | 医用検体前処理装置 |
| 13 | 血清検査装置 |
| 14 | 尿検査装置 |
| 15 | その他 |

治療用又は手術用機器

| コード | 分類名 |
|-----|----------------|
| 16 | 治療用粒子加速装置 |
| 17 | 放射線治療用関連装置 |
| 18 | レーザー治療器及び手術用機器 |
| 19 | ハイパーサーミア装置 |
| 20 | 結石破碎装置 |
| 21 | その他 |

歯科用機器

| コード | 分類名 |
|-----|---------------|
| 22 | 歯科用ユニット及び関連器具 |
| 23 | その他 |

その他

| コード | 分類名 |
|-----|---------------|
| 24 | 生体现象計測・監視システム |
| 25 | 処置用機器 |
| 26 | 施設用機器 |
| 27 | 生体機能補助・代行機器 |
| 28 | 鋼製器具 |
| 29 | 家庭用医療機器 |
| 30 | その他 |

○調剤用機器分類表

※本調査票における「調剤用機器」とは、調剤業務に必要な機器を想定しています。

| コード | 分類名 |
|-----|--------------------|
| 31 | 薬袋発行機 |
| 32 | 調剤監査システム |
| 33 | 電子薬歴 |
| 34 | 分包機(散剤、錠剤、水剤等) |
| 35 | 全自動錠剤包装機 |
| 36 | 調剤台(錠剤、水剤、散剤、調剤棚等) |
| 37 | クリーンベンチ(安全キャビネット等) |
| 38 | その他調剤用機器、設備 |

○医療情報システム用機器分類表

※本調査票における「医療情報システム用機器」とは、医療機関等のレセプト作成用コンピュータ(レセコン)、電子カルテ、オーダーリングシステム等の医療事務や診療を支援するシステムだけでなく、何らかの形で患者の情報を保有するコンピュータ、遠隔で患者の情報を閲覧・取得するようなコンピュータや携帯端末、患者情報が通信される院内・院外ネットワーク用の機器を想定しています。

| コード | 分類名 |
|-----|-----------------|
| 39 | レセプト作成用コンピュータ |
| 40 | 電子カルテシステム |
| 41 | オーダーリングシステム |
| 42 | 医用画像データベースシステム |
| 43 | 遠隔画像診断用装置 |
| 44 | その他の医療情報システム用機器 |