

都道府県医師会
担 当 理 事 殿

日本医師会 常任理事
黒 瀬 巖
(公印省略)

衛生検査所（検体検査会社、臨床検査センター）からの
集荷料等の請求にかかる調査について（依頼）

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、一部の衛生検査所において、昨今の燃料費等の高騰、人件費増や人手不足を要因として、検体の集荷料を委託元の医療機関から徴収する動きが出ております。

しかしながら現在、医業経営が危機的な状況にある中で、医療機関によっては費用の追加負担に対応困難な場合も想定されることから、別紙のとおり、まずは医師会臨床検査センター及び健診・検査複合体のある都道府県における医療現場の声をお聴きし、実態の把握を行うことといたしました。

つきましては、貴会におかれましても本調査の趣旨をご理解賜りますとともに、貴会管下郡市区医師会を通じて、会員医療機関に本調査へのご参加をご依頼いただきたくお願いいたします（当該郡市区医師会に医師会臨床検査センター及び健診・検査複合体がない場合を含む）。

なお、貴会および管下郡市区医師会に医師会臨床検査センター及び健診・検査複合体がない 11 府県医師会（※※）におかれましては、本調査の実施につき任意とさせていただければ幸いです。

会務ご多用の折大変恐縮ですが、何卒ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

※調査対象 36 都道府県医師会：

北海道、青森県、宮城県、秋田県、山形県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、東京都、神奈川県、新潟県、富山県、石川県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、島根県、岡山県、広島県、山口県、愛媛県、福岡県、佐賀県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

※※11 府県医師会（任意）：

岩手県、福島県、千葉県、福井県、滋賀県、京都府、鳥取県、徳島県、香川県、高知県、長崎県

問い合わせ先

公益社団法人日本医師会事務局
地域医療課（湯浅、藤谷、青木）

Tel 03-3942-6137

e-mail chiiki_1@po.med.or.jp

衛生検査所（検体検査会社、臨床検査センター）からの集荷料等の請求にかかる調査

趣旨

一部の衛生検査所において、昨今の燃料費等の高騰、人件費増や人手不足を要因として、検体の集荷料を委託元の医療機関から徴収する動きが出ている。

しかしながら現在、医業経営が危機的な状況にある中で、医療機関によっては費用の追加負担に対応困難な場合も想定される。そのため、まずは医師会臨床検査センター、健診・検査複合体のある都道府県における医療現場の声をお聴きし、実態の把握を行う。

なお、必ずしも「集荷料」「検体回収料」等とは限らず、衛生検査所より集荷に係る諸費用の高騰等を理由に負担を求められた場合（別途徴収、検体検査委託料の価格の適正化・改定（値上げ）など）を対象とする。

対象：

医師会臨床検査センター及び健診・検査複合体

（一部の医師会病院を含む）のある36都道府県に所在する会員医療機関

実施方法

（１）実施方法：

都道府県医師会を通し、郡市区医師会を経由して会員医療機関（当該郡市区医師会に医師会臨床検査センター及び健診・検査複合体がない場合を含む）に依頼

（２）回答方法：WEB（FAX可）

<https://forms.office.com/r/nAy3waMDht>

期間：2025年6月30日（月）～7月31日（木）

衛生検査所（検体検査会社、臨床検査センター）からの集荷料等の請求にかかる調査



【ご回答内容の取扱いについて】

ご回答いただいた内容は、本調査の目的に限り使用いたします。調査結果は集計処理を行い、必要に応じて報告書等に反映いたします。個別の医療機関名や回答内容を外部に開示することはなく、また第三者に提供することもいたしません。

問い合わせ先

公益社団法人日本医師会事務局

地域医療課（湯浅、藤谷、青木）

Tel 03-3942-6137 Fax03-3946-2140

e-mail chiiki_1@po.med.or.jp

衛生検査所（検体検査会社、臨床検査センター）からの集荷料等の請求にかかる調査

* 必須

1. 医療機関名（任意）

2. 医療機関所在地の郵便番号（半角数字・ハイフンなし） *

値は数値にする必要があります

3. 医療機関の種別 *

その他の場合、具体的に入力

- ☐ 病院（病床規模：～99床）
- ☐ 病院（病床規模：100床～199床）
- ☐ 病院（病床規模：200床～）
- ☐ 有床診療所
- ☐ 無床診療所
- ☐ その他

4. 医療機関の主な診療科（内科、外科、小児科、など1科選択） *

その他の場合、具体的に入力

- ☐ 内科
- ☐ 外科
- ☐ 小児科
- ☐ その他

5. 医療機関の開設（開業）年数（半角数字） *

値は数値にする必要があります

6. 検体検査会社（センター）の利用の有無 *

- ・過去1年以内に検体検査委託料の値上げあるいは検体集荷料等の支払い請求があったため、現在利用を中止している場合は、有をご選択ください。
- ・無をご選択された場合、本調査は終了となります。送信をクリックしてください。

☐ 有☐ 無

7. 医療機関の電子カルテの有無 *

☐ 有☐ 無

8. 検査検体の集荷時に無料で利用できる駐車場の有無 *

☐ 有☐ 無

9. 地域内における医師会の臨床検査センターの有無（地域の医師会が運営している施設） *

☐ 有☐ 無

10. 利用中の検体検査会社（センター）（複数選択可能） *

その他の場合、具体的に入力

☐ SRL☐ BML☐ LSI☐ ファルコバイオシステムス☐ 保健科学研究所☐ 医師会の臨床検査センター☐ その他

11. 1ヶ月間の依頼検体件数（平均）＊

- ☐ ～30件
- ☐ 31～100件
- ☐ 101～200件
- ☐ 201～300件
- ☐ 301件以上

12. 一回あたりの平均依頼検体数＊

- ☐ ～5名分
- ☐ 6～10名分
- ☐ 11～20名分
- ☐ 21～30名分
- ☐ 31～50名分
- ☐ 51名分以上

13. 検体の容器代＊

- ☐ 有料（請求書発行）
- ☐ 検体検査委託料に含む

14. 今年に入ってから^{...}の検体検査委託料の値上げあるいは検体集荷料等の支払い請求の有無（費用の名目に関わらず昨今の燃料費等の物価高騰、人件費増等による集荷に係る費用の上乗せ）＊

無をご選択された場合、本調査は終了となります。送信をクリックしてください。

- ☐ 有
- ☐ 無

15. 今年に入ってから^{...}の検体検査委託料の値上げあるいは検体集荷料等の支払い請求が「有」の場合、その形態＊

その他の場合、具体的に入力

- ☐ 検体検査委託料の値上げとして
- ☐ 検体検査委託料とは別個に、集荷料等の名目で
- ☐ その他

16. 今年に入っての検体検査委託料の値上げあるいは検体集荷料等の支払い請求が「有」の場合、実際に行った判断（複数回答可） *

その他の場合、具体的に入力

- ☐ 契約検査会社（センター）を変更
- ☐ 他院に検体検査を依頼
- ☐ 集荷料等を支払うこととした
- ☐ 交渉の結果、集荷等の請求は撤回された
- ☐ 患者の受入を一部制限
- ☐ 自院での検体検査を止めた
- ☐ 閉院
- ☐ その他

17. 今年に入っての検体検査委託料の値上げあるいは検体集荷料等の支払い請求が「有」で集荷料等を支払うこととした場合、その金額（月あたり） *

- ☐ 5000円未満
- ☐ 5000円以上1万円未満
- ☐ 1万円以上2万円未満
- ☐ 2万円以上3万円未満
- ☐ 3万円以上4万円未満
- ☐ 4万円以上5万円未満
- ☐ 5万円以上
- ☐ 交渉中

18. 検体検査会社（センター）との今後の関係についてのお考え *

その他の場合、具体的に入力

- ☐ このまま契約を継続
- ☐ 契約条件が変わっても（例えば集荷料等を新たに請求あるいは増額されても）契約を継続
- ☐ 条件の良い会社（センター）への変更を模索・検討中
- ☐ 集荷料等以外の部分で条件を交渉する
- ☐ わからない
- ☐ その他

19. 検体検査について地域医師会への相談の有無 *

☐ 有

☐ 無

20. 検体検査について地域医師会へ相談した場合、具体的な内容と医師会の対応など *

21. ご意見・ご要望・ご提案（地域連携による集荷方法等）について（自由記載）

このコンテンツは Microsoft によって作成または承認されたものではありません。送信したデータはフォームの所有者に送信されます。



Microsoft Forms