

検尿検査。時間が経過すると細胞が変化する。
(医療法人、200～299床)

血液ガス分析。迅速性。
(学校法人等、300～399床)

生理機能検査。検体を委託会社に移したり、委託会社の出張を待つ方法は採用困難。
(学校法人等、～149床)

尿検査一般・血液一般検査・血液ガス等。これらの検査は至急依頼が多いので外部委託では対応できない
(生化学検査でBUN、Na.k、GOT、GPT、CPK、アミラーゼ、CRP、血糖)(急性腹症)の場合
(学校法人等、～149床)

日常的な検査及び緊急検査、POCT検査、細菌検査(一般細菌)。時間的な問題。コスト的に割高。
(公的・社会保険関係、150～199床)

入・外で1時間以内の結果報告を行っている検体検査。生化学・血液・一般・血清の一部。
(公立、300～399床)

尿・一般・血液・血糖検査等。診療前検査を実施しているため。
(公的・社会保険関係、300～399床)

緊急性がある項目。院内感染関係。
(公的・社会保険関係、300～399床)

血液ガス・血中アンモニア。採取後に検査のため。
(学校法人等、200～299床)

ルーチン検査(特に尿一般、血液一般、生化学検査)など。ドクターの要望により外来の診療のため即時報告が必要である。輸血検査(不規則抗体交差適合試験など)。血液センターなどへは外注できにくい状況である。
(公立、150～199床)

糖尿病患者の血糖コントロール及び術前患者の感染症検査、血糖、HbA1c、HBS抗原、HCV抗体等。
(公的・社会保険関係、150～199床)

大学の研究室で測定している項目
(医療法人、200～299床)

緊急検査項目全般：30～60分で結果報告が要求されるため。出血時間：患者さん自身を対象とした検査のため。
(学校法人等、500床以上)

一般(尿検査を含む)、血算、生化I、感染症等の緊急項目
(医療法人、～149床)

一般検査、血液検査、生化学検査
(公立、～149床)

診療前検査を実施しているため(一般、血液、生化学、血清)。
(公的・社会保険関係、400～499床)

尿沈渣：経時変化が著しいため。
(医療法人、300～399床)

尿沈渣、CH50等：その日に検査を行わないと正しい結果が出せない。
(公立、150～199床)

急性期医療に欠かせない検査全般（当院は二次救急病院である）と日常診療に必要な頻度の高い検査、及び病理迅速検査など、また検査結果は全般に迅速報告が主流になりつつある。
(公立、150～199床)

保険適用でない検査項目
(国立、500床以上)

緊急検査
(学校法人等、200～299床)

新生児のHPT、好中球アルカリフォスファターゼ染色…直接患者様から採血測定する必要から。
(公的・社会保険関係、500床以上)

髄液、精液、アンモニア、尿定性、沈渣等。特に緊急性を要する検査、経時的に検体変性の強い検査項目。
(医療法人、150～199床)

①院内測定している検査②保険適用外検査。①②いずれの場合も、必要理由を書いた申請書によって協議し、院長決裁により、外注を可能にするシステムがある。
(国立、500床以上)

一般細菌検査～院内感染対策として必要。輸血に伴う血型、不規則抗体スクリーニング、交差適合試験～緊急度が高い。
(公的・社会保険関係、300～399床)

生化学、血液、一般…院内診療前検査実施のため。尿、沈渣、赤沈…院内実施でないと保険収入ができない
(公立、500床以上)

NH₃、乳酸。採血後の経時変化が大なもの
(医療法人、150～199床)

輸血検査、病理検査、細菌検査、生理検査。理由は迅速性、患者様とマンツーマンで検査しなければならない。
(公立、500床以上)

緊急を要する検査項目 ①感染症関連項目②血算、生化、血液ガス
(学校法人等、～149床)

診療報酬で委託しても収入とならない場合。診断上で意味のない検査。検査の精度に問題がある場合。極端に逆鞘で臨床検査委員会で許可しない場合。
(公立、500床以上)

生化学・血液一般。OP前など緊急を要する事が多い。
(医療法人、150～199床)

輸血検査業務：責任の所在の明確化のため
(公立、300～399床)

緊急検査（血算、ガス分析、電解質）、輸血、血液型。血液培養、一般細菌、抗酸菌、塗抹。緊急報告を要するから。
（学校法人等、150～199床）

緊急性を有する検査。検体採取後早急に検査しなければ測定値に影響する検査。
（学校法人等、500床以上）

血液型と交差適合検査－緊急を要する事と血液型判定ミスで万が一に輸血事故の責任を委託先が取れない事。精液一般検査、髄液一般検査－迅速性を要する。
（医療法人、200～299床）

血小板凝集能、血液ガス(CO2 オキシメーターが必要な場合)。即時対応が必要。
（公立、400～499床）

赤沈、迅速凍結病理。すぐに実施しなければいけないものだから。
（医療法人、200～299床）

尿一般検査－時間と共にデータが変動する為。 交差適合検査－緊急性がある為。
（医療法人、150～199床）

尿検査→沈渣(細胞)が変化する
（学校法人等、400～499床）

建材中ないしはその部屋に存在する環境ホルモン
（公立、300～399床）

検体（尿、血液、生化）検査至急体制をしている為、結果が30～60分間では出せるようにしている。①災害緊急指定病院の為②町立病院であるため地域住民サービスをする③我々検査技師の職場の窓口を大きく開けておきたい（以上①～③の為上記の理由）。
（公立、～149床）

感染症抗原、抗体検査、血算、生化学、尿一般、血糖、HbA1c、血液ガス、血沈、クロスマッチ…すべて緊急性のある検査のため
（医療法人、150～199床）

緊急を要するものや、生体検査
（公的・社会保険関係、400～499床）

緊急検査項目、在院日数短縮に係わる検査項目。
（公立、500床以上）

輸血関連項目。結果の報告の遅延。
（公立、200～299床）

診察前の検査に関わる項目：HbA1c、血糖、PT、APTT等
（公立、400～499床）

一般検査、血液検査、生化学検査。いずれも緊急性が有り、二次緊急医でもありますし、検体の保存の問題もあるためです。
（医療法人、200～299床）

薬物血中濃度（抗てんかん薬、免疫抑制剤、抗腫瘍剤）。迅速に結果を必要とする。
（公立、～149床）

血小板凝集能、粘着能→採血後すぐ実施するもの。出血時間、乳汁 CEA→外来に行って採取するもの。
(公的・社会保険関係、～149 床)

尿一般・沈渣。院内で行わないと保険請求できないから。
(医療法人、～149 床)

ルーテル検査一式。迅速性と精度管理。
(学校法人等、300～399 床)

診療前検査や緊急検査項目、人間ドック項目、細菌培養(特に血液培養など)で結果の報告の遅れが病状に著しく影響を与える項目など(特に休日)
(公立、200～299 床)

遺伝子検査
(国立、500 床以上)

生理検査、緊急検査
(国立、300～399 床)

緊急検査。臨床との連携、迅速性がなくなる。
(公立、300～399 床)

保険のとっていない項目については院長の確認を得てから委託する。
(学校法人等、200～299 床)

①輸血検査・管理業務など臨床との調整が必要な検査②血小板凝集能・尿検査など検体の取り扱い・条件により検査値が変動するような項目
(学校法人等、300～399 床)

血液型・クロスマッチ。緊急の場合が多い。
(医療法人、150～199 床)

緊急検査項目(生化学の一部、末血、尿定性・沈渣、輸血関連)結果がリアルタイムに必要：診療あるいは治療が行えない
(公立、300～399 床)

診療前検査→尿一般検査(結果の迅速性、検体の変性)、感染症検査(結果によって治療内容が決定される)。細菌培養検査→感受性テスト(抗生剤の使用状態が把握できない)
(公的・社会保険関係、300～399 床)

診療前に必要な検査
(医療法人、300～399 床)

一般的な血液凝固、生化学、ホルモン腫瘍マーカー、一般検査など迅速に結果報告が必要、24 時間体制で行っている検査もある。
(公的・社会保険関係、500 床以上)

大学等の研究室のみで行われているような検査
(医療法人、500 床以上)

生理検査
(公立、～149 床)

<p>生化学・血液・尿などの迅速検査 (学校法人等、500床以上)</p>
<p>保険適用外の検査 (国立、200～299床)</p>
<p>抗酸菌塗抹検査を外注に出すと早くて翌日の5時頃になるので間に合わない。 (国立、200～299床)</p>
<p>検査項目全体①自己完結型の職域病院である②診療に迅速に対応する③コストを抑える (国立、500床以上)</p>
<p>血液型、輸血検査：検査結果に迅速性を求められる。ランニングコストが安い。 (医療法人、300～399床)</p>
<p>緊急検査(一般的な)民間の検査センターまでの集配時間が多くかかる。緊急項目は院内で実施し、緊急検査項目で通常オーダーは委託とする場合、機器や試薬のコスト大。 (公立、150～199床)</p>
<p>尿沈渣：委託だと保険申請ができない。血液、一般生化学、感染症、甲状腺ホルモン、腫瘍マーカー：診療前検査、至急検査を実施しているので結果が遅くなるのは困る。輸血：夜間、休日でも対応が必要。 (学校法人等、200～299床)</p>
<p>血液型・交差適合試験。緊急対応ができない。 (学校法人等、300～399床)</p>
<p>保険適用外検査。保険診療点数が取れないため。 (国立、200～299床)</p>
<p>検尿検査：外注したら保険が通らないから。 (医療法人、～149床)</p>
<p>①尿・血液・微生物は検体の搬送②検査結果が至急求められる項目③臨床検査専門医のコメントが必要なもの (学校法人等、400～499床)</p>
<p>検査の迅速性を要するもの(血液・生化学・感染症・輸血検査) 診療前検査(血糖・HbA1c・尿検査) (学校法人等、300～399床)</p>
<p>検査会社に外注している形態では、STAT検査は委託できない(検査結果が遅くなるため) (公立、500床以上)</p>
<p>一般的な項目。時間的制約がある項目。診療時に必ず必要である。1ヶ月後に来院された時ではデータは意味をなさない。 (公立、400～499床)</p>
<p>NH3—精度が悪い、遅い。緊急検査—遅い。ガス分析—精度が悪い、遅い。 (公立、500床以上)</p>
<p>輸血関連検査、POCT(ベットサイド)検査、負荷検査(患者様より直接実施する)、採血(出血時間等) (公立、400～499床)</p>

尿検査・血液検査・生化学の至急検査、輸血時のクロスマッチ、入院時の抗酸菌塗沫検査、診療前の検査や院内感染防止のため。保存のできない検体検査。
(公立、200～299床)

緊急検査(全て)。委託するとレスポンスが悪い。
(医療法人、400～499床)

至急性の高い検査については委託できない。
(公立、500床以上)

スクリーニング検査。結果が遅い。
(国立、300～399床)

一般検査(医療機関内で検査を行なった場合のみ保険算定のため)。生化・血清・免疫・血液検査の緊急検査(POCTのため)
(公立、200～299床)

術前・術後検査(至急性)感染症検査(至急性)尿・血液検査(生体だから)
(公立、～149床)

緊急検査及び診療前検査については診療前までに迅速報告しなければならないので委託できない検査です。
(公立、500床以上)

特に至急性のあるものは院内で実施すべき
(公立、～149床)

血液・生化・輸血など緊急性の伴う検査
(医療法人、～149床)

血小板凝集能検査(検体保存時間が極めて短い)
(公立、150～199床)

輸血検査・生体を検体とする検査(出血時間等)
(公立、～149床)

輸血一般、血液、生化学、感染症等は臨床データをすぐ活用する必要がある。治療、診療に迅速に役立てなければ意味がない。
(医療法人、300～399床)

一般、生化学、末梢血、細菌検査等。入院時の緊急検査等緊急性がとわれるもの。
(国立、150～199床)

尿定性、沈渣(すぐに結果が必要)
(医療法人、150～199床)

血小板凝集能。どの検査センターも受託しない。
(公的・社会保険関係、400～499床)

尿定性ー保険請求できない点、検体保存不可(細胞成分)。緊急検査項目〔血液一般、生化学I、血液ガス、免疫(輸血含む)〕ー迅速さと、検体の保存上の問題。
(公立、～149床)

外来患者検体など至急対応が多い。ブランチラボ、FMS ではチーム医療の推進が困難。
(医療法人、300～399床)

緊急検査(診療前、時間外救急)
(公的・社会保険関係、200～299床)

①一般検査(尿定性、尿沈渣、尿糖定量、蛋白定量、便虫卵、尿潜血、便ヘモグロビン) ②血液検査(血算、血液形態、血小板検査、網状赤血球) ③生化学検査(肝機能、腎機能、コレステロール、電解質) ④細菌検査(細菌顕微鏡、細菌培養固定) ⑤理由- (結果が迅速に出ない)
(公立、200～299床)

尿沈渣や穿刺液などその場で検査する必要があるもの。
(医療法人、300～399床)

一般検査、血液検査、感染症抗原抗体検査、細菌検査の一部などは、検査の迅速性や検体の経時的変化をきたし、検査結果が正確に報告できないため。
(医療法人、400～499床)

緊急性。アンモニア、EKG、尿検査、輸血検査。
(公立、400～499床)

・尿一般検査→検体の経時劣化。・交差適合試験→院内で行うべき(特に緊急性)。
(医療法人、～149床)

抗酸菌培養後の薬剤感受性検査：特殊な薬剤に対しては他でおこなっていないから。
(学校法人等、200～299床)

尿定性検査等、委託した場合保険請求が出来なくなる検査。アンモニア、CH50等、外部委託すると精度に問題があると思われる検査。
(学校法人等、500床以上)

血小板凝集能検査。輸血における交差適合試験。
(公立、400～499床)

緊急検査。診察前検査。
(公立、500床以上)

血液学的検査で、血小板などの検体で早く処理しないと凝固してしまう為、迅速な検査が要求される為。
(国立、500床以上)

クロスマッチ。直接生命に関わる検査であり、ある程度のリスクが発生する可能性がある分野は病院スタッフで実施するべき。
(医療法人、300～399床)

緊急性を要する検査。地域医療をやっているので急患に対応できなくてはならない。
(公立、～149床)

血算、生化学検査→診察前検査→高い精度が要求され、再検率が高い。血液ガス、尿沈渣→院外搬出不可。
(公立、500床以上)

検査項目の測定法が一般化されておらず、委託先でもその項目の検査を実施していないもの。
(学校法人等、200～299床)

緊急検査項目。当院は救急指定病院であり、迅速に処理する必要がある。
(公立、400～499床)

緊急を要する検査項目
(その他、400～499床)

基幹病院の為、緊急検査としての業務が必要。
(公立、400～499床)

新しい測定法や新しい検査で再委託でも実施していない場合がある。
(医療法人、～149床)

緊急検査：結果が遅くなるから。髄液、血小板凝集能：時間経過で変性が起こるので。尿一般、血液ガス：自施設で実施しなければ保険請求できないから。
(国立、400～499床)

院内のできるのであれば、委託のできない検査はないと思う(病院課として)。検査部としては、精度的にみて、微生物検査。
(公立、500床以上)

診察前検査項目(血経、免疫科学、化学、一般等)。採血後直ちに検査をする項目(アンモニア、寒冷、血ガス等)。
(学校法人等、500床以上)

RIA等は設備に問題がある。
(医療法人、150～199床)

輸血血液交差試験-緊急の為。抗酸菌鏡検-緊急の為。インフルエンザ-緊急の為。ガス分析-緊急の為。髄液検査-緊急の為。
(公的・社会保険関係、400～499床)

髄液一般検査、hCG：緊急性が高く、早く臨床医に報告するため
(医療法人、300～399床)

輸血検査 緊急検査
(その他、300～399床)

緊急を要し、また、保存輸送できない項目(血中アンモニア、血液ガス分析)。
(学校法人等、200～299床)

凍結切片作製(術中迅速診断)-時間的に不可能で受託してくれる業者がない。
(公的・社会保険関係、150～199床)

①緊急検査(凝固検査、アンモニア、血液ガス等)、院内感染症予防対策の微生物検査、悪性腫瘍細胞免疫検査：診断治療に直結しているから。②凝固因子同定：検体の保存が困難であり、組織細胞の術中迅速診断が必要なため。
(国立、500床以上)

項目：①緊急検査項目②病理③生(理)体検査
理由：①結果を見て投薬するため、診察前にデータが必要。②臨床医との適切なコンタクトによる医療、治療、手術などの判断が適切に対応できる。③責任のふりかかる患者様対応は、職員の責任のもとでの対応となるため。
(公立、200～299床)

緊急対応が必要な検査は委託できない。
(医療法人、300～399床)

迅速検査で対応しなければならない項目、急至、外来、入院、含む。血液ガス、CBC、アンモニア、電解質、尿検査、CK、CRP、QLU、HbA1c、生化全般、感染症。
(学校法人等、～149床)

尿沈渣、血液ガス、血小板凝集能。保存できない、又は、データが悪くなる(精度が悪くなる)等。
(公立、300～399床)

生化学検査、血液検査、一般検査、感染症検査。緊急を要するため。
(不明、不明)

緊急性を要する検査(一般検査、血液検査、生化学検査、輸血検査、感染症におけるモノクロナール抗体を用いた検査)
(公的・社会保険関係、～149床)

生理機能検査等直接患者に接して行われる検査。心エコー、腹部エコー、ホルターZKG等。
(医療法人、～149床)

POCT、血算、血糖、GOT、GPTなど
(公的・社会保険関係、300～399床)

血算など即時性のあるもの
(医療法人、～149床)

生化学検査、血糖、HbA1c、血算、血液像、感染症検査、尿定性沈渣、輸血関連検査、骨髄検査等：迅速対応検査であるため。
(公的・社会保険関係、300～399床)

本院の既存の設備で出来る検査で院内の需要が大きいものは当然委託できない。高度医療では迅速性とチーム医療が大切であり、大半の検査は委託できない。
(国立、500床以上)

1.緊急検査(生化学、血算)：迅速な報告を必要とするため。2.輸血検査および細菌検査：診療所と深くかわる部門であり、専門性が高く熟練した技術を必要とするため。
(公立、500床以上)

生化学、血液、尿一般は迅速性を必要としている。外注では時間のロスが生じる。データサービス、コメントを付けるなどの付加価値が必要とされている。
(医療法人、400～499床)

緊急検査項目(生化学最低10項目(電解質含む)、末血一般、尿一般、血液ガス、感染症(ウイルス検査、迅速キットetc)。輸血関連検査→救急医療になくってはならない。必須。
(医療法人、～149床)

原則すべての検査。結果が遅れても支障のない項目のみ委託可能。検査精度を保ち、迅速に対応するため。
(公的・社会保険関係、300～399床)

当院では、診察前検査(検尿、生化学、CBC、凝固、感染症を採血(技師による)後、30分で報告)をおこなっている。*迅速で正確な結果報告が重要と考えている。
(公的・社会保険関係、400～499床)

尿検査、髄液検査、輸血検査など。精度上、緊急性の高いもの。
(公立、300～399床)

救急病院の為。
(医療法人、150～199床)

HCG等。試薬リリースで機械を借用している為。
(公的・社会保険関係、300～399床)

交差適合試験(医療現場で迅速に対応の為)
(学校法人等、400～499床)

血液一般、血液型、クロスマッチ、生化学、緊急検査項目等、入院時一般、外来診察前検査、外来救急患者等の処置対応として。
(医療法人、150～199床)

迅速検査、外来での至急検査があるため。
(医療法人、400～499床)

厳密に言えば特にないが、病院として輸血検査や細菌検査は外注すべきでない。輸血検査は副作用等の対応や責任問題。細菌検査は院内感染対策を行ううえで迅速対応が必要であるから。
(公立、300～399床)

遺伝子検査の一部
(学校法人等、500床以上)

①院内感染対策として、環境検査等は委託できない。②外来患者に即説明している血算・生化学検査等は委託できない。
(国立、300～399床)

緊急検査項目(血液検査、生化学(I)、凝固検査等)。委託をすると至急対応、又は診察前検査の対応には不向きなので。検体保存により経時変化が見られるものは院内実施。
(公立、400～499床)

精液検査…精子の活動度等。検査結果で人工授精等に。
(医療法人、200～299床)

一般、血液、生化学などルーチン検査。データを出すだけでなく検査データをトータルにマネージメントしている。患者の状態把握などするためには委託では無理。
(学校法人等、～149床)

生化学、一般、検尿、血算、薬物、クロスマッチ、抗体スクリーニングを院内で行なっている。
(医療法人、～149床)

血算、生化学、クロスマッチ等。緊急検査項目であるため。
(公立、300～399床)

輸血検査、感染症検査などの緊急検査項目、肝機能や腎機能、血糖検査などの臨床上迅速性を要する検査。細菌検査など院内感染関係の検査。外注には迅速性がない。
(学校法人等、400～499床)

検査件数が少ない検査。
(公立、300～399床)

臓器移植に伴う HLA 検査:臓器移植で提供者が出た場合、それに対応するため。休日、夜間関係なく HLA 検査をし、対象者をさがすための報告をしなければならない。
(公立、500床以上)

精液検査並びに AIH のための精子洗浄処理 (即時検査と処理が必要)。外来診察前検査と、研究検査 (ブラッチ化するほどのメリットがないことや迅速性確保と採算性は相反することなど院内委託が不可能。もちろん外部委託は論外。)
(国立、200~299床)

外来診における緊急検査と手術後の緊急検査→生化学、血液検査、検尿一般。
(医療法人、150~199床)

救急指定を掲げており、血ガス、CBC、Na、K、Cl、Bs、生化学① 数項目は救急医療を提供するため必須である。
(医療法人、150~199床)

①ICT や高度先進医療を担う検査 (高度かつ幅広い知識と技術力でチーム医療に迅速に貢献するため)。②緊急検査や診察前検査 (含 POCT) は迅速な結果を要する。③効率性の良い検査 (利益を期待できる)。
(国立、500床以上)

緊急性の高い検査。結果報告を迅速に行い、診察前検査の充実を図る。
(学校法人等、500床以上)

RI 等を使用する、人体シンチグラム検査
(公的・社会保険関係、150~199床)

緊急検査～結果報告までの時間
(公立、400~499床)

輸血検査、至急検査…いずれも迅速性を要する為、外部委託出来ません。
(公立、400~499床)

当院には自動分析装置を持っているから。一般、血液、生化学。
(公立、150~199床)

輸血検査、血型、不規則抗体、交差適合試験等。検査ミスが重大な医療事故につながる可能性があり、責任の所在の明確な正規職員で対応したい。
(公立、300~399床)

尿検査。院内検査に保険対応。
(学校法人等、300~399床)

緊急検査
(医療法人、500床以上)

生化・血液・免疫・一般～結果が出るまでの時間的問題
(医療法人、150~199床)

RAST 検査の項目によっては試薬が発売されていないので、委託できない。(試薬はアメリカ製造なため、日本には普通にあるアレルゲン試薬が作られない)
(学校法人等、200~299床)

尿・血液・生化学・細菌・感染症等は病院診療機能に附属する夜間急病外来が365日体制である為、記述した検査項目の一部はリアルタイムで結果報告する為。
(公立、400～499床)

乳頭分泌中癌胎児性抗原(CEA)。POCTであるため外注検査会社では受託していない。
(国立、不明)

輸血検査。緊急対応できないため。
(医療法人、400～499床)

緊急検査項目(例：凝固検査、出血時間、凝固時間測定等)又は外来患者の検体は採血後30分以内で結果報告をしているため、外部委託には患者サービスができなくなる。
(国立、400～499床)

血中薬物濃度、輸血関連、小児微量検体、緊急項目
(公的・社会保険関係、500床以上)

保険請求できないもの(点数のないもの)
(国立、500床以上)

保存が難しく委託するとデータに影響が出る項目。例えば、尿沈渣、血液ガスなど。ブランチ方式であれば問題はないと考える。
(医療法人、150～199床)

輸血検査、微生物検査。委託検査の信頼性より院内実施の信頼性が高い。
(国立、500床以上)

一般検査・血液検査・生化学検査・感染症関連抗原・抗体検査・血液ガス。緊急を要する為。
(公立、～149床)

緊急検査・尿沈渣・血液像・血沈・血液ガス・細菌塗抹。①結果が迅速にほしいもの②検体の鮮度が重要な検査。
(公的・社会保険関係、200～299床)

インフルエンザウイルス、RSV、ロタ、A型溶連菌のような迅速検査。生化学・血算・輸血関連・尿検査(沈渣)当院では殆ど1時間以内に患者様にはやく結果を返しその日のうちに対応していただくため。
(学校法人等、400～499床)

休日・夜間等に提出される緊急検査。ICU等重症患者の検体。外来の診療前検査。
(国立、400～499床)

尿一般
(個人、～149床)

迅速報告体制(30分報告体制)を行っているため、ほとんど現在測定している項目は委託できません。
(学校法人等、300～399床)

ガス分析～緊急。リコールの細胞数～細胞数に変化。輸血～緊急。
(国立、300～399床)

ガス分析・尿一般。レセプト請求できなくなる。
(医療法人、150～199床)

尿沈渣、緊急オペ、移植、院内感染等の関連検査。迅速性、緊急性が問われる検査項目。
(国立、500床以上)

24時間体制を取っているため、迅速な検査が必要な緊急検査項目は委託できない。
(公立、400～499床)

外来、緊急診療における迅速検査(83)項目と、細菌検査項目。30分検査が必要なため。細菌検査についてはデータの信憑性に乏しいため。院内感染対策のためのデータ作成のため。
(医療法人、500床以上)

迅速を必要とする検査(緊急検査)ランニングコストが院内で実施すると安くなる検査、件数の多い検査。
(公立、200～299床)

尿・一般・生化学・免疫血清および血液検査のルーチン検査は診療前検査となっているため、1時間以内に処理しているため、夜間当直時でも対応しているため。
(公的・社会保険関係、400～499床)

マルク・沈サ・細胞・血算
(公的・社会保険関係、500床以上)

凝固検査。活性が落ちる。
(医療法人、300～399床)

血液凝集能。精度が落ちる。
(公的・社会保険関係、400～499床)

①夜間等時間外での依頼分は検査会社では対応できない。②迅速に検査しなければならない項目～(変性等)～尿・細菌・髄液
(公立、150～199床)

移植医療に伴う検査。技術の向上のために。
(公立、～149床)

尿検査一般(尿一般部質定性・半定量検査、尿沈渣)診療報酬制度より(平12.3.17保険発28)
(公的・社会保険関係、400～499床)

緊急、診療前検査、迅速性が求められる。輸血検査、ノウハウの蓄積。
(公立、200～299床)

夜間21:00まで院内待機で救急体制をしている。その中で院内統一項目として救急セット等(生化学・血算等)を対応している。日中と同じ機器を使用して対応している。
(公的・社会保険関係、150～199床)

細菌検査、至急検査項目…迅速に検査し、精度良くデータが提供できる。
(公立、300～399床)

例) Real Time PCR法によるCMV、EBV定量…外部委託がコスト高(年間併せて4000件)(院内1300円/件、委託15,000円/件)
(国立、500床以上)

血液ガス分析…保存できない。経時変化が大きい。
(国立、500床以上)

契約していない検査項目及び保険の通っていない特殊検査項目は院長許可となっている。
(医療法人、500床以上)

血沈…保険点数の関係から 出血時間、血小板
(学校法人等、200~299床)

細菌 PCR…迅速に報告するためには委託できない。 輸血検査…迅速性とリスクマネジメントの点から委託しない。
(公的・社会保険関係、300~399床)

・予算に限度がある。・保険上、院内検査のみ適応。
(国立、500床以上)

血液・生化学検査の緊急時検査
(医療法人、200~299床)

血液ガス分析：採血より10分以内に測定が必要なので、委託するとデータの精度の問題あり
(公立、150~199床)

PSP (→引き受けない)、尿、尿沈渣、血算、血型、クロスマッチ、血液感染症
(国立、500床以上)

検査項目の検数の少ないものを委託している。たまに出る検査。
(公立、150~199床)

尿沈渣、血液像、骨髓検査→形態については職員でやっています(データにちょっと不安)。 病理検査、輸血検査→職員でやっています(病院病理部、血液センターは検査部と別組織)。
(学校法人等、500床以上)

NICUがあるのでベビーBLの検査は微量で大変。
(学校法人等、200~299床)

採血してすぐ実施の必要-機器の無い為→血小板機能
(公立、300~399床)

1.緊急性の高い検査：心筋マーカー、細菌ウイルス抗原検査、電解質、血ガス、凝固検査、etc。2.特殊な装置、環境が要求される検査：RI検査など。
(学校法人等、500床以上)

①染色体検査(羊水染色体)他院紹介の為。②精子機能/血小板機能(採取方法や経時変化のため委託不可)。
(学校法人等、~149床)

細菌検査。検体が微量により採取から検査までの時間がかかりすぎると採取物の変化により検出率が上がらない。
(公立、200~299床)

電解質、一時間を置いて検査できない性質のもの。
(個人、~149床)

緊急性を必要とする検査
(その他、300~399床)

一連の形態検査（血液検査、細胞診検査、細菌検査）。いずれも臨床のもと業務を遂行していることで、あえて外注に出すことはない。
（国立、300～399床）

生理検査(患者が対象のため)、輸血検査(事故防止のため)
（その他、400～499床）

細菌(院内感染防止等チーム医療に深く関わっている)、輸血(製剤管理、輸血療法との関わり)
（公立、300～399床）

1.保険収載項目に限られている。2.迅速な検査結果の報告を必要とするもの（血糖、生化学、血液凝固検査等）。3.搬送により不安定となる検査（尿沈渣、血液凝固等）。4.寒冷凝集素、溶血。
（公立、500床以上）

生理検査部門、患者の来院時に検査するため、検体の搬送が出来ない。（ホルター解析を除く）
（公立、300～399床）

タクロリム血中濃度－外注すると時間がかかり、免疫抑制剤のコントロールが出来ない。
（公立、～149床）

保険請求上院内実施が条件となっている尿一般・尿沈渣・血液ガス分析・血沈。
（医療法人、150～199床）

病理検査→結果が迅速 生理検査
（公立、300～399床）

血算、像、PT、Fip 出血時間、感染症、生化学、薬物等－迅速に結果が必要
（公立、150～199床）

クロスマッチ－迅速性が必要
（医療法人、200～299床）

血液ガス検査：近隣に装置を有する施設がないため。
ドック項目：午前中（10時半～）の結果説明に間に合わないため
（医療法人、150～199床）

診察前検査－検査結果をすぐ報告できない
（国立、500床以上）

検査：血糖、HbA1C、血球計数、白血球分類、肝機能検査項目、感染症検査
理由：診察前検査、診断・治療に不可欠
（国立、500床以上）

血液、生化学、免疫血清、感染症検査等の緊急検査
（公立、300～399床）

CBC、Na、血液ガス、クロスマッチなど－結果が迅速に必要
（医療法人、～149床）

精子不働化抗体、精子凝集抗体：信頼性の問題
（医療法人、～149床）

①血小板凝集能：採血後 2 時間以内に実施する必要がある。 ②メソトレキサート（抗癌剤）定量：本剤の血中濃度のモニターは特に迅速な対応を要求されている。
（学校法人等、500 床以上）

例えば、特定の薬物濃度など、臨床上迅速に結果を要求される項目については委託出来ないものがある。
（公立、300～399 床）

肝・腎機能一般等の生化学検査、HB・HCL 等の感染症一般、凝固検査、CBC 等。理由一至急に対応できないから。
（その他、150～199 床）

緊急検査（生化、血液、一般、感染症）、輸血、生理、病理（迅速診断）
（公立、200～299 床）

診療前検査（生化学、HbA1c、末梢血一般、検尿沈渣を含む）、感染症、薬物血中濃度、輸血クロスマッチ、血液ガス：診療前に検査結果を出し、その結果に基づいて投薬・入院等を決定するため。
（公的・社会保険関係、150～199 床）

緊急検査や、鮮度が左右される項目（安定性の悪い項目）→迅速に精度よく報告する必要がある。
（国立、500 床以上）

委託契約以外の検査項目。契約外であるため。
（公立、～149 床）

1. 検体の保存が困難な項目。2. 迅速な結果報告が必要な検査。
（国立、500 床以上）

25 将来、診療報酬の包括的支払の割合が増えていくと考えた場合、検体検査にとって問題が生じるとすれば、どのような問題と考えられますか。

信頼性がより求められる。
(公立、300~399床)

将来的に検体検査の保険点数がなくなり、残るのは判断料と検体管理加算のみとなり、すべての検査はセット化される。その事によりますます技師の人数制限が表面化され、できなければランチ化が進んでいくと考えます。
(公的・社会保険関係、300~399床)

腫瘍マーカーetc。
(医療法人、150~199床)

コストを考え、医師が指示を出す件数が減少する。
(医療法人、150~199床)

経費管理、原価管理などが難しくなる。
(公的・社会保険関係、400~499床)

細菌同定検査（特に新しい感染症起因菌出現に対し、まるめでは赤字幅が増大する。
(医療法人、150~199床)

検査項目を絞る事によって、他に異常があっても発見できなくなる。
(医療法人、~149床)

医師からの検査依頼が減り、検体検査で使用する試薬の回転が悪くなり廃棄したりする事になり無駄が生じる。
(医療法人、150~199床)

試薬コストがさらに上昇して経営を圧迫する。院内検査が外部検査へシフトしていく可能性も高い。大病院では検体数が多いからさほど問題はないと思うが、中小病院では検体検査は至急のみでそれ以外は外注化され、検査料そのものの存在が危ぶまれる。今後、検査料はさらにクリティカルパスへの参入をはかり、経営効率化への一手をになわなければならない。
(国立、400~499床)

検査料の収入が見えなくなるため外注などに移行の恐れあり。
(公的・社会保険関係、500床以上)

診療報酬の包括的支払の割合が増えても、検査は減少しない。必要な検査なら実施される。
(医療法人、300~399床)

仕事量=検査収入=検査件数と言った方程式が変わる。データの迅速性と有用性、チーム医療への貢献度が問われる。
(個人、200~299床)

セット検査項目の数の減少が余儀なくされ、少ない検査項目での診断が求められる。
(医療法人、150~199床)

外注検査が多くなると考える。
(不明、200~299床)

収支管理が明確でなくなる。推定の収支管理にならざるをえない。見かけ上の収支は検査実施状況の検査件数を考慮した計算になるが、包括的支払いによって明確化になりにくい点が生じる。従って、院内での検査技術のみでは収支に反映されず、今後 FMS、ランチ化の状況に拍車がかかることに危惧を覚える。
(学校法人等、400~499床)

利益を追求するあまり、必要な検査がおこなわれなくなる。
(学校法人等、~149床)

同種検査項目の減。単検査で病名が特定できるものが増加する。
(医療法人、200~299床)

必要な検体検査を医療機関が抑制するようになる。
(医療法人、200~299床)

①包括により、臨床検査の独自性が弱まり、最良の患者情報である検査は臨床に生かされなくなっていく。
②包括により点数が下がると益々院内検査を実施する病院は少なくなり、ランチ、FMS になっていきます。
③よって包括により、外注センターが大きくなるだけです。
(医療法人、300~399床)

検体数減少により、将来において技師定数が減ることが予想され、臨床検査全体の発展が危惧される。
(学校法人等、400~499床)

検査の FMS またはランチ化が考えられる。
(医療法人、~149床)

判断料と実施料のアンバランス。ドクターフィーとしての判断料は、臨床検体検査の質的管理(精度管理)としては、ほとんど意味はないと考える。判断材料より実施料を増やすべき。上質な精度管理の維持には精度管理に関する試薬コストと現場臨床検査技師の技料が全て。
(学校法人等、~149床)

検体数の減少が第 1 の問題であり、コスト面において病棟回転率の向上や紹介患者の増加を積極的に協力する体制が重要と考える。
(公的・社会保険関係、500床以上)

必要な検査を手控えざるを得なくなるおそれあり。
(医療法人、150~199床)

院内で検査を実施しているところは項目が限られ、縮小されるのでは。
(医療法人、200~299床)

検査料についてのコスト管理、特に収入面が把握できなくなる。
(学校法人等、200~299床)

検査収入がわからなくなり機器の投資がしにくくなる。
(公的・社会保険関係、~149床)

研修医指定病院として、教育的検査により制約があり教育上好ましくない。
(公立、400~499床)

基本的にはバス導入により必要最小限の検査実施になると思われるが、あくまでも今後、検体検査は臨床へのサービスとして有用にしていくために努力が必要であると思う。
(医療法人、400~499床)

必要な検査であるにも関わらず、実施をひかえるかも…特に高額な検査ほど…。
(医療法人、～149床)

統計を作業料の評価に変えていく必要がある。
(公立、400～499床)

①必要な検査が実施されない事も出てくるかも知れない。②検査収入が減少し、機器の更新、購入が困難になってくる。③外注化、FMS等が今より多くなっていく可能性がある。④コストダウンが今よりもっと求められ、精度管理にも影響が出てくるかもしれない。
(公的・社会保険関係、500床以上)

病院の収入が少なくなる。
(国立、500床以上)

収支がわからなくなる。コスト管理ができない。
(医療法人、400～499床)

①必要な検査をせずに診療が行われやすい。②現疾患の裏にある大切な疾患が見落とされ最終的に医療費が高騰する。
(医療法人、150～199床)

検査件数が確実に減少する。検査コストがハッキリ計算できなくなるか。
(国立、400～499床)

診療報酬が包括になれば検定検査は減っていくと思う。必要な検査が出来なくなったり回数が減らされれば患者の状態を把握できなくなる可能性がある。
(医療法人、150～199床)

疾病に必要な検査項目の選択が必要(検査技師の能力)。
(国立、200～299床)

病院経営に大きな問題となる。
(学校法人等、400～499床)

鑑別診断に必要なコストの高い検査が場合によっては検査出来ないで、患者様に迷惑がかかるのではないかと危惧している。
(医療法人、150～199床)

必要最低限の検査しか依頼されない。ベッドサイドでの少数項目(例:血糖、NH₃、CRP等)が増え、出張検査で技師工数も増加し、人件費増加にもなる。
(学校法人等、500床以上)

コストを考えるあげく、必要な検査が出なくなり診断が遅れる。逆にコストのことなど全く考えないような依頼が増えて、支出費用として目立ってくる。要するに、包括になったとしても検査をオーダーする側の意識を検査室として、クリティカルパスやEBMなどを活用し、より効果的に検査依頼をして頂けるようにしていく問題点がある。
(公立、～149床)

疾患に直接的な検査以外しづらくなり、付加価値的な病気の発見がなくなる。検診を充実させないと見落としが増える。病院の検査の方針に左右されやすくなり、検査モレ(必要な検査)をチェックするシステムが必要。パスとの連動。
(医療法人、200～299床)

医師の診療に制限が加わり、必要な検査を受けにくくなる患者は、結果的に治療が遅れ、医療費が増えていく可能性あり。現在でも必要最低限の検査しかしていないと思われる。
(医療法人、～149床)

1.検査項目の見直し (set 検査) 2.患者によっては包括を考えずに検査を行わなければならない時がある。
3.検査項目数が多くなればなるほど cost を安くして行かなければならないが、検査項目、検体数の減少を考えると購入での納入価を安くしていくことは難しく検査の運営は大変である。4.結局、外注化が考えられるか、患者サービス、医療の根本的な所から離れて行ってしまうと思われる。
(学校法人等、300～399床)

臨床検査の収支が明確に出ない。経営だけを考えると検査を減らした方が有効であるが、その為に医療事故の元になりかねない。
(医療法人、300～399床)

経済的な面だけで考えれば検体数は減少するでしょう。しかし患者さまの立場に立って誠意ある医療を考えると、必要な検査は実施しなければいけないと感じる。
(公的・社会保険関係、400～499床)

DRG/PPS が近将来導入されることは事実であり、各疾患ごとの入院期間、治療費、検査費が包括払いになった場合、検体検査がどのくらい実施されるのか、又包括から除外されて従来の出来高払いのなるのかをまず判断しなければならない。それにはクリニカルパスの導入も必要と思われる。検体検査が包括点数の何%を占めるのか、保険点数にして何点なのかをまず把握することが重要である。病院全体の問題として考え、特に医事課のシステム構築が重要である。それに伴い、検査課のシステムも極めて大切であり、医事課と検査課との連携を作り上げることである。
(国立、300～399床)

①単純に検体検査の減少と検体検査の収入減。②収入の減による検査室の改善、機器の更新への影響
(医療法人、150～199床)

包括になると検体数は減っていくと思います。
(公立、200～299床)

包括的支払いによる医師の自由裁量権が失われ、粗診粗療の可能性が大きく、また、検査室にとってもコスト意識から検体数の減少につながる。
(その他、500床以上)

確定診断につながる検査または経過観察上必要な検査は増えるが、補助診断またはスクリーニング的な検査は減ると考える。主病変以外の見落としの確率は高くなる。
(医療法人、300～399床)

試薬の消費を減らさざるを得ないと思われる。項目の見直しも行わねばならない、と思いますが新患やルーチン検査の場合は、最初は減らせない項目もあるし、考えると大変になるだろうと思います。
(医療法人、～149床)

検体検査を減らす事が診療報酬増加のための効率的な運用とすれば、検査部の収入は減となる。又、検査部収入の計算が出来なくなる。
(国立、500床以上)

無駄なオードによって検査実施料が増え、検査の収入が減る。
(学校法人等、400～499床)

いままでのように医師が自分自身の判断で自由に検査を出すことができない。患者様にとってもデメリットがある。検体検査の存亡に関わってくる。
(公立、300～399床)