

現時点でもマルメ項目など、見落とし防止の為か、病院持ち出し検査が多々あり、包括的支払の割合が増えていったとしても、患者サービス、見落とし防止の観点から、持ち出し検査が減ると思えず、収支の管理をどの程度進めていくか難しい。なかなか臨床側に項目、回数の限定等、理解を得られないのではないか。

(医療法人、150~199床)

必要な検査の数とコストとのバランス。…検体数の減少

(医療法人、300~399床)

不要な検査が少なくなるが、病気の見落としが増える。

(公立、500床以上)

併発患者等の検査が出来なくなるのでは？

(医療法人、150~199床)

点数と関係ない事だ。患者に必要な検査のみすればいい。

(医療法人、150~199床)

患者サービスの低下になる。(例えば検尿の場合試験1枚で10項目程度検査が可能であるけれど、検査項目の少ない試験紙を使用し試薬単価を抑える事による情報量の削減)

(公立、~149床)

検査収入も包括化される。

(公立、300~399床)

検査を多くやればやる程コスト高につながる。

(国立、500床以上)

検査項目の原価が出しにくい。検査をやればやるほど赤字になる。

(医療法人、300~399床)

委託業者間の価格競争の激化が予想され、それによって生じるコスト削減による検査精度の低下、検査の速さの低下が危惧される。

(医療法人、~149床)

包括的支払いとする事で必要以上の検査が行われる事がある。現在は保険審査が有る事で必要以上の検査を医師に制限している。制限の指標がなくなる。

(公立、300~399床)

①個別患者の特殊事情に応じた検査がやりにくくなります。これは医療過誤の原因となります。②包括支払い制度の確立と同時に、審査体制も変更して医療レベルの低下を防ぐよう配慮してほしいと思います。

(医療法人、~149床)

必要な検査まで実施されなくなるのでは！！→クリティカルパスの標準化が必要

(公的・社会保険関係、150~199床)

必要最小限の検査項目にしぼって検査依頼がされるため、検査項目数、検査回数などが必ず減少する。

(公立、300~399床)

問題発生ではなく、現在セット検査含め、まるめ項目数より非常に多い依頼があり、点数に比し試薬代がかさんでいる状態が解消される。必要な検査は依頼されると思われる。

(国立、500床以上)

包括支払の範囲内で利益をあげようとして検査実施量を減らした場合、その他の疾病や病態変化の見落としの可能性が出てくる。→医療または保険制度に対する信頼の低下。→保険制度の崩壊もあり得る。
(公立、150~199床)

包括的支払の中での検査の収益が見えない。検査実施分すべてを検査収益と出来るのか？治療に重点が置かれ検査件数が減少すると思われる。
(公立、500床以上)

検査減少→検査会社経営悪化→委託検査 UP
(医療法人、~149床)

必要な検査項目も省くおそれがある。
(医療法人、~149床)

必要のない検査はしていかないと思う。
(医療法人、150~199床)

出来るだけ検査をしない。疾患別に検査項目を分類する。臨床家の責任が重くなる(検査の限定、合併症の予測不備)。
(公的・社会保険関係、300~399床)

診療部門別の収支分析が困難となる。
(公立、300~399床)

必要最低の検査が行われず、見落としが増える。
(医療法人、200~299床)

病院の管理者が検査収入減として、機器及び試薬を購入してくれなくなるような事態が生じると、外部検査移行が進むと思われる。現在収支(生理を入れるともっと黒字)が黒字で患者への結果もスピーディーに且つ検体量その他でメリットが大きかったので将来に不安が残る。
(公的・社会保険関係、500床以上)

検体検査をしぼることで、診療側にデータ不足が生じる。
(学校法人等、400~499床)

検体検査が少なくなる。
(医療法人、400~499床)

外来検査が多くなり、待ち時間に影響が出る。
(医療法人、400~499床)

収支の目安が曖昧になる。生化学項目など1患者さん当りの検査項目数を減らす方向になると診療に影響がある可能性がある。
(医療法人、~149床)

検体検査、判断料、管理料、実施料(出来高算定)において臨床検査収支が不明確となってくるため、人件費(人員確保)設備投資(機器償却)の方針が立たなくなると思います。収支確保の上で、包括算定が何%か表示。
(医療法人、~149床)

検査に必要とされる項目も除外される恐れがある。Dr との必須項目が違ってくるので無償検査が増えるのでは？他の疾病を見逃す恐れがあるのでは？
(医療法人、200~299床)

依頼項目が減り診断の見落とし等につながらないか。
(医療法人、150~199床)

診療報酬のまるめによって、必要な検査やコストがかかる高度な検査が省かれて困る。
(その他、~149床)

価格の追求におわれ、精度が2次的な事項となると思われる。
(医療法人、~149床)

検査件数の減少。検査料収入の減少。POCT 検査の増加。中央検査部が各病棟へ分散の可能性が考えられる。(当然検体、検査技師も) 大型多項目分析器が小型化の傾向に移行。
(公立、500床以上)

検査部が収益部門であるという認識が薄れ、軽視されていくのではないか。
(公立、200~299床)

①検体数が減る②検査実施による収入がわからなくなる。
(公立、150~199床)

臨床検査のグローバルスタンダード化が進む。Evidence に基づき不要な項目は淘汰される運命にある。臨床検査の使い方ガイドライン的な物が開発され(今でもあるが)、クリニカルパス導入の進展と相俟って、件数そのものが伸びる要素はないと考えられる。
(医療法人、300~399床)

必要と思われる検査もひかえるようになる。
(その他、300~399床)

実施の必要性不必要も判断されないでの検査実施の打ち切り。総検査実施数の大幅な減少。スクリーニング検査の減少により、目的疾患以外の疾病や、二次的疾患の見落とし、医療訴訟の増加。
(個人、150~199床)

項目依頼の絞込みにより追加依頼の増加、診療時間が長くなる。採算の取れない施設の院内検査からの撤退、TMS、ブランチによる業務範囲及び患者さまへのサービスの低下。
(学校法人等、200~299床)

コストを考えると項目が制限される。→患者さんに負担を強いる(複数回の採血、支払い)
(公立、200~299床)

検体検査数が減少し、患者さんに必要なタイミングで必要な項目が検査できるか疑問である。
(国立、~149床)

粗診・粗療の恐れ。早期疾病発見の遅れ。合併症・重症化増加。臨床検査技師等の人員削減→雇用問題
(学校法人等、~149床)

実施量は変わらないが収益率が減少し、人件費、試薬費の抑制につながり、パート職員の増、試薬メーカーの統廃合が進む。
(公立、300~399床)

コストダウンにより発生する、精度の低下。
(医療法人、200~299床)

検査内容の省略化(採算性の良い検査のみ選択されていくのでは?)
(公立、~149床)

医療を提供する側の負担が大きくなり、検査が出来にくくなる。
(医療法人、～149床)

包括化になれば検査件数が少なくなり、自動分析器で依頼頻度の少ない項目が出てきて、使用期限内に使いすぎる事が出来なくなり無駄が生じる、又少ない検体数では試薬の有効期限ぎりぎりまで使う事となり、精度管理は不適切になる可能性がある。
(公的・社会保険関係、～149床)

包括的支払の為、長期入院患者の検査回数が減少する事によって、患者の状態把握が困難になるところがあると思われます。現場としては残念な事です。
(医療法人、400～499床)

患者の容態により、包括異常の検査を行っても診療点数が加算されない場合と、検査を少なめにを行い収益を上げるといふ二面性が出てくる。
(学校法人等、200～299床)

財務的に点数の圧縮をはかっているように思えます。検査室運営、病院経営に不安が大いに有ります。
(医療法人、150～199床)

患者様への悪影響は出ないか？診断に必要な不可欠な検査はもっと選択の自由があっても良いのでは？それとの対比でスクリーニング検査の充実も必要。
検査センター間の競争の激化を生む可能性あり。結果、検査の精度あるいはそこで働く人々の労働条件の今以上の悪化も考えられる。検査に身を置くものから言わせてもらえば未来は暗くなるばかりになりそうで心底悲しい。
(医療法人、150～199床)

患者にとって必要な検査が減らされる可能性がある。
(医療法人、150～199床)

検体検査部門の収益が見えづらく支出のみが目立つようになる。
(国立、500床以上)

検査料が明確でなくなり、検査料の運営面で収支が不明確となる。
(公的・社会保険関係、150～199床)

1項目または1検体についてのコストと収益の算定が困難になる。技師のコスト意識が軽薄になる。病名と検査項目のセット化が必要と考えるが病名数が多く、セット化できるか問題である。特殊な検査をどこまで行うのか判断がむずかしい。
(公立、500床以上)

セット検査の見直し。部門別原価計算が不透明。検査制限による医療の質の低下。収益減。
(医療法人、500床以上)

院内検査の採算
(公的・社会保険関係、300～399床)

検査収益の減少につながる。
(医療法人、～149床)

余分な検査、ついで検査。
(公的・社会保険関係、500床以上)

検査項目の選択、検査回数のが的確に行われないと+の報酬にならない
(公立、500床以上)

試薬コスト。人件費の問題（維持費）。
（医療法人、200～299床）

支出が制限されるので、必要最小限の検査にとどまると考えられる。特殊検査の導入などの工夫をする必要がある。
（公立、400～499床）

検査精度の低下が考えられる。
（国立、500床以上）

必要な検査項目が除外される可能性がある。
（医療法人、200～299床）

当院の場合において変化は起きるものの、不具合という意味での問題は生じないと考えます。
（医療法人、200～299床）

基礎疾患の診断、急性・慢性疾患の診断の時に必要な検査項目が実施できなくなる可能性が生じる。
（公的・社会保険関係、200～299床）

検査としての収益性が数字で表現できなくなる。今後は医療収入の検査原価管理が必要。
（学校法人等、300～399床）

1.当初は現在と同様に検査データ重視で検査件数に変化はないが、数年経過するとクリニカルパスを真剣に取り組まなければならない環境となり、検査件数が激減すると思われる。
2.病院が急性期か療養型かの選択に迫られ、療養型に移行すると思われることから、更に検査の必要がなくなり検体数及び検査件数の減少、また健康管理に必要な一般的な検査のみになるとと思われる。
3.検査の必要性が激減することから、採算性の無いコンピュータによるシステム化や分析機器の購入はせずFMSかランチとして検査およびその他の外注可能部署が外注化していき、採算性を重視するため移行時職員軽視が進行する。
（医療法人、200～299床）

検査部門の収支計算が困難になる。検査収入が下がる。
（公的・社会保険関係、200～299床）

1.慢性疾患等で包括支払になると検査がはぶかれ誤診、見落としにつながる。2.検査から得られる判断基準が低下する。3.オーダーのマネリ化が生じ、治療に遅れが生じる。
（公的・社会保険関係、300～399床）

検体検査が赤字とか黒字とか論外である。必要な項目を行うしかない。それが赤字であっても臨床的に必要であり、行ったことにより処置治療が充実できれば問題ない。現在の検体検査は利益が非常に小さくなった反面、コストが低下しているわけで、むしろ多項目を行って情報を低コストで得られると考えます。しかし高いコストの特殊項目は減少すると考えます。特殊のものは公務が行えば良い。
（公的・社会保険関係、300～399床）

検体検査項目が包括的支払いにおいて必要かつ十分な検査が行われ難くなる傾向が出てくると考えられる。
（医療法人、200～299床）

適切な検査依頼が行われている施設では大きな変動はないが、出来高払いの弊害で「検査漬け」となっている施設では、外来患者の検査件数が増加し、入院患者は減少すると考える。このような現象が顕著になれば、入院患者の粗検査（診療）につながりかねない。危惧している。
（学校法人等、500床以上）

体液検体か若しくは生体組織の安全管理（保存）がむずかしい状態になろうかと思われまます。
（公立、150～199床）

必要最低限の検査になり、検体数がへると思う。
(医療法人、～149床)

セット検査などになれた現状では適切な検査選択を行うための EBM が医師に充分あるとは思われず、例えば経済性のみが強調され、その為に検査を減らすといった誤まった方向が危惧される。
(学校法人等、500床以上)

費用効果が不明になるため、新しい技術や機器の導入が遅れる。
(公的・社会保険関係、150～199床)

病院経営上、必要な検査項目、数にとどめる事が大事だと考えるが、医師個々の考え方によりこれまでと変わらず検査にたよる医療は続くと思われる。
(公的・社会保険関係、150～199床)

行わなければならない検査は、今までどおり実施していくので、検査料金の病院持ち出しが増えると思われる。
(医療法人、～149床)

当然不採算部門だけ必要部所としての位置付けがなされていく。ただ検査データで本当に必要なものは何か、改めて問い直されると思う。
(学校法人等、500床以上)

幅広い検査が出来なくなり、検査数の減少から、人件費等が算出する事が難しくなる。行いたい検査が診療上でできなくなることが出てきて、診療に影響が出るのでは。
(不明、不明)

1.一部の医療機関では検査項目の異常な絞りこみによる初診時の疾患の見逃しや、緊急対応の遅れが起こる可能性があると思います。2.現状の医師の医学教育に逆行するものと思います。
(公的・社会保険関係、200～299床)

包括化の拡大(盲目的な)により過少診療が横行し、必要な検査が実施されなくなる。それにより診断ミス、医療過誤が増加する可能性がある。また、訴訟において法的根拠となる検体検査未実施により、医療訴訟が増加する可能性がある。検体検査において包括化と出来高の区別が必要であり、包括化する場合、その根拠を明示する必要がある。また検体検査での収支が不透明となり、先駆的に合理化を進める検査部の正しい評価が不可能となりソロ試薬の乱用が増加する。盲目的な包括化拡大は命をはかる検体検査を反故にすることになる。
(学校法人等、500床以上)

検査することの目的である病気の早期発見が遅れてしまうのではないかと危惧される。
(学校法人等、150～199床)

スクリーニング的検査項目の減少。コスト・患者負担は下がるが、未実施項目の異常を見逃す可能性がある。
(公的・社会保険関係、150～199床)

収益を高めるために、必要な検査をしない医療機関が出てくる可能性がある。当院ではありえないが。
(医療法人、150～199床)

コストを考え最低限の検査しかやらなくなる。患者又は病氣不在の検体検査になるのでは？
(公立、150～199床)

(検査件数が減少。収益の低下)→検査全体の縮小。そこから来る技師数の削減。学生の就職難。
(公的・社会保険関係、400～499床)

検査部独自の収支が不明となる。検査部の医療貢献度が不明瞭になる。検査の業務努力が病院経営に反映されなくなる。外部委託・ブランチャボ化への圧力が強まる。検査内容の価値の低下を招く。米国医療の悪い側面への追従。

(学校法人等、500床以上)

必要な検査項目が絞り込まれていく事になるだろう。それによって臨床的意義が低いもの、広範囲にわたる項目は淘汰されていくと思われる。が、項目を選択する側(医師)が見当はずれの選択をした場合、全く意味をなさなくなる。医師の力量がますます問われることになるだろう。

(学校法人等、~149床)

院内検査が増えるほど採算が悪いが、患者さんにとっては至急対応でデータをそろえドクターの指示で早い対応治療が本来の姿と思える。

(医療法人、~149床)

やはり検体数は減少していくと思われる。

(医療法人、400~499床)

検体検査は毎年僅かずつ増加しています。包括(まるめ)によっても検体数は変わらずに経過しています。今後検体数は増加する事はあっても、減少するとは思われません。当然の事ながら、人件費、試薬代等の費用は割高になっていくものと思われます。

(公立、400~499床)

依頼件数が減少するのではないか。収入がはっきりしなくなり、収支計算が困難になるのではないか。仕事量がはっきりしなくなり人員削減されるのではないか。

(国立、500床以上)

本来必要最低限の検査しかしらない検体検査ではあるが、ドクターによっては色々な検査を一度に出して、否定できるものから削除していく方法をとっている場合もある。医療費が高いといわれる問題から、今よりも実際には検査は必要以上に検査を出さなくなっていく傾向が強まると考えられる。しかしすべての検査においてそうではないと考えるので、ある程度はやむを得ない事であると思える。検査総数は減少しても質の向上があれば良いのではないか。

(公立、200~299床)

急性期病院では患者の容態が急変する場合が多く、そのたびごとに緊急検査が出る。このような場合には包括的支払分が実質的な検査料として充分であるのか。

(国立、~149床)

検体検査を中心に収支が不明瞭になり、検査料全体の損益計算を難しくする。とくに細菌、病理、輸血など収支率の悪い部門を補填する検体(生化学、血液、免疫など)部門の収益が明確に算出できないと、経営収支の観点から目標も立てにくい。

(国立、300~399床)

必要十分な検査が行われない可能性が否定できない。

(公立、300~399床)

検査項目の減少

(個人、~149床)

投薬その他の治療による指標で必要な検査の点数が取れない可能性がある。項目の限定により、複合疾患を見落とす可能性がある。

(公立、400~499床)

入院については減少するが、外来は従来どおりの検体となる。自動分析機の縮小化。検査の高度化。項目の見なおし。

(公立、500床以上)

診療報酬の包括的支払の割合が進む中、検体検査も包括化され、採算性を考慮すれば外部委託も増えてく
ると思われるが、しかし、結果をより迅速に臨床側に報告する事はできなくなると思われます。
(公立、150~199床)

病院経営的な視点から言うと検体処理するための高額医療機器・検査試薬購入費や人件費の支出と検査収
益を考えると、今後は公的病院もブランチラボ方式や FMS 方式の方向に進まざるを得ないのではないか。
しかしブランチラボは営利目的のため契約範囲しか検査を行わず、臨床側への柔軟な対応ができないこと
や医療スタッフ間の相互の連携と協調融和の欠如が予想される。近代医療はチーム医療といわれ各部門間
の意志疎通は不可欠である。人の生命に直結する業務を担当する医療現場において組織の異なる職種同士
では連携ミスなどの弊害が生じる可能性があります。
(公立、150~199床)

全て医師のオーダーによるものですが、本当に必要な知りたい項目を選択するのではないか。又、すぐ知
りたい検査は院内で行える状態が望ましい。特殊検査やコストのかかる検査は減ると思う。採算重視。
(医療法人、150~199床)

検査件数の減少。検査料収入がわからなくなる。
(学校法人等、300~399床)

収益の低下により、委託化が進むと考えられる。
(公立、~149床)

包括支払化検査は従来と変化なく診療側は求めると思われますし、収益のない検査が実施される。診療収
支を考えて人件費等が削減される為技師1人の掛け持ち業務が実施される。
(公立、300~399床)

効率的な検査体制は可能。件数減傾向。利用価値を高めるため方策。
(公的・社会保険関係、300~399床)

うわべだけの検査が実施され、病態を見逃す危険がある。
(医療法人、150~199床)

医療の包括化が進むとコストを抑えるために検査に関する粗診、検査の質の低下という問題がさげられな
いと考えられる。
(医療法人、~149床)

件数の減少→収入の減少→検体検査の縮小 or 外注化
(公的・社会保険関係、400~499床)

包括する検査項目の数と項目設定
(国立、500床以上)

試薬コストダウンによる点数減になる点。
(公立、200~299床)

検査項目の絞込みができるだろうか。採算割れが心配される。
(学校法人等、150~199床)

検査の点数に関係なく実施するのでコストを考えなく増加するか(赤字拡大)、検査を少なくし推測診療を
実施するか。
(国立、200~299床)

検査を行っても試薬代、消耗品代だけ増え、検査点数にかえってこないため、検査料の収支バランスが崩れる。
(学校法人等、～149床)

自院の持ち出しが増える。検査単価が下がる。人件費が下がる。リストラが発生する。倒産する病院が出る。必要な検査を見落とす。ムダな検査がなくなる。経営意識が高まる。患者負担が減る。
(公立、～149床)

診療報酬が検査コストに見合わない。
(学校法人等、150～199床)

検査収入が明確にしにくい。コスト計算、原価管理ができない。
(公立、400～499床)

包括的支払いにより通常の検査件数についてはもっと減少すると思われる。また先に利益を追求する為、別の意味で検査件数が増加するのではないか。どうしても患者さまのために必要な検査はそれなりに評価してはどうだろうか。
(公立、500床以上)

コスト高
(学校法人等、200～299床)

実施料が判断料に一部移行した形で推移しているように理解している。従って実施料のみを捉えて収益減として計上され、各医療施設で委託化が問題となっているが、臨床検査を単なる物品扱いとして捉えるのは如何なものか。人の血液、尿、体腔液等は刻々と変化するため、採血から分析、判定に至る行程で臨床検査技師が検体の性状等を注意深く観察し、時系列等あらゆる角度から吟味し、又、臨床医師との密接な情報交換により真の値を報告し患者の診断治療をする必要がある。さらに、採血ミス防止のチェック体制等の医療事故防止対策に技師の果たす役割は不可欠である。よって、包括支払方式で実施料が減ることは、技師の優れた技術の軽視、向上意欲の衰退、医療レベル低下が危惧される。
(公的・社会保険関係、150～199床)

診療コストを下げるほど利益が上げられるため、検査需要が減り過少診療が懸念される。
(公立、300～399床)

保険点数が下がり、検査部の収益が減るので人員の削減が予想される。
(公的・社会保険関係、500床以上)

検体数は減少すると思う。
(公立、500床以上)

点数の引き下げ、又 DRG/PPS になれば点数は取れなくなり、全て病名(疾患別包括)により点数として取れなくなるのでは。
(公的・社会保険関係、200～299床)

検査件数、項目が減少する事が予想され、スクリーニング検査による異常データが発見できなくなってしまう。コスト削減により検査機器の整備、メンテナンスなどが充分にできなくなり、精度管理上問題が生じる。
(公的・社会保険関係、200～299床)

検査室の仕事が評価しにくくなる。検査件数の減少…採算割れ。検査人員の雇用が維持できない。
(公的・社会保険関係、500床以上)

検査収入が不明確となり妥当な料金が算出できない。必要な検査が追加オーダーしにくい状態となる可能性がある。
(公立、400～499床)

必要最小限の項目に絞られ病態を正しく把握できなくなる可能性がある。例えば貧血の項目としてヘモグロビンのみ測定すると貧血の分類ができなくなる。二次検査としてこれの関連項目を依頼すると詳細な病態は判明するが診断までの所要日数が多くかかる。
(公立、200～299床)

検体は最小限必要なものに限られ、当然検体数は減少し検査室の縮小につながると思われる。
(医療法人、～149床)

採算性を考えると自施設での実施が困難となり POCT の利点が失われる。
(公立、～149床)

項目数が限定されても精査のための追加検査が出される？
(公立、～149床)

検査室の収支がはっきりしない。
(公的・社会保険関係、300～399床)

検査の件数が減っていくと考えられる。院内検査の利点が運用しにくくなると考えられる。
(医療法人、200～299床)

採算上、検査項目が省かれて検査が実施されず病気の見逃しが出てくる。→手遅れ
(国立、300～399床)

検査件数としては多いが収益は下がる可能性がある。検査項目の追加が多くなる(1回の検査でなく追加)。
(公立、200～299床)

コストのことばかり重視することになれば患者サービスに影響しないか。大事な検査が抜ける事はないか。
(公立、～149床)

必要である検査は包括的支払になったとしても削減することはできない為、コストと診療報酬との割合が合わなくなる、採算が取れなくなる。
(医療法人、～149床)

検体数減少によるランニングコストの上昇。
(公立、300～399床)

採算性の悪化による施設内の検査室及び検査室において行う検査が減少する。委託検査が増加する事により、結果報告が遅くなり、診療に影響する。「包括化＝報酬無し」との考えから必要と思われる検査もオーダーされにくくなり、データに基づいた診断や治療が行いにくくなる。採算性の悪化は検査課への投資にも関係し、検査精度の悪化を引き起こす。この診断を行うにはこの検査を行う、またこの治療を進める上で定期的にこの検査を行わなければならない等の指導が必要となるのでは。
(医療法人、200～299床)

全身管理ができなくなる。一方で医療訴訟等増加しており、見逃しは許されない状況。結局医療機関の持ち出しになり経営が立ち行かなくなる可能性大。
(医療法人、200～299床)

検査部門の収支の管理をどの程度進めていくか
(公立、300～399床)

包括的支払いの割合が増え、大きな利益が望めなくなってくるとますます委託に頼るようになってくると考えられます。そうなってくると検査技師としての院内での立場が不安定なものとなってきます。
(公立、150～199床)

検体数の減少により人員の削減の方向に向かうのでは。
(公立、400~499床)

各検査の採算性がわかりづらくなる。
(学校法人等、150~199床)

法人内施設間で相互に比較し得るデータのやりとりが行われるかどうか。
(医療法人、~149床)

極端に経済性に走った場合に、検査未実施による医療過誤の増加が懸念される。又、自院の診療内容に対して無知な事務系責任者により外注化傾向が強まり、自院の医療レベルの低下につながる。
(公的・社会保険関係、300~399床)

件数は逆に増加傾向にある。背景には医療事故や医療訴訟の増加があると思われます。(やるべき事をやらなかった責任を問われてる訴訟 etc) このまま包括支払いが増えるとコストは増加し、再検査や精度管理の費用が賄えなくなり、病院の検査室は存続できなくなり企業による独占となっていくのではないかと思います。全てコスト計算され本当に必要な検査や緊急検査が実施できなくなりそうです。
(学校法人等、150~199床)

必要最低限の検査しかないケースが増えることが予想される。診断に際して消極的な検査の姿勢をとらざるを得なくなる。検査件数の減少により検査試薬や機器のコストダウンにメーカー、病院等やつきになり、将来の新しい検査についても積極的な姿勢が取れなくなる。患者サービスの低下、検査、医療業界全体の衰退につながる恐れが出てくる。
(公立、150~199床)

経営的側面のみが強調されて、診断、治療効果判定、予後予測の為に本来すべき臨床検査が実施されないことによる医療の質の低下が懸念される。
(国立、500床以上)

コスト削減による検査回数、項目の減少が考えられ、主病名に対する検査が多くなり、他臓器への影響等が十分にフォローされる事がなくなってくると考えられる。(スクリーニング的検査)
(学校法人等、500床以上)

患者データを最小限の検査より判断しようとして危険になる→医師の判断のミスが命取り。
(公的・社会保険関係、150~199床)

検体検査は外注したほうが「もうかる」という意識が広まるのが心配である。
(公的・社会保険関係、500床以上)

個々の検査及び検査部としての収益に把握が困難となり、管理上不都合が生じる(機器購入、人員等)。
(公的・社会保険関係、300~399床)

現行の出来高払いの方式からこれからは疾患別の支払い方式へどんどん進んでくると考えられます。検査件数は減ってくるだろうし、又、検査料金がどこに入っているのかつかみきれなくなるのでは？と色々考えます。これからの技師はどんどん居場所を失う時代がやってくると思いますが、一人一人の技師に、この人でなければという専門の技術を身につけてあげ、エコー、病理、その他糖尿病教室等へどんどん送り込み安定したポジションを与えたいと考えています。
(公立、300~399床)

療養型による臨床検査は病態変化も少なく、検査の量もある程度決まっている事から、包括となれば実に検体検査の落ち込みにつながり、その為に検査の採算性から項目毎でなくトータルな外部委託の促進を招く要因となるのでは。
(国立、300~399床)

検査項目の減少が考えられ、これは患者の状態を知る上でマイナス面が増加する。検査もれによる診断、医療過誤につながる可能性を秘める。
(公立、300~399床)

試薬コストと検査料のアンバランスが生じる。
(国立、300~399床)

クリニカルパス以外の検査数の減少。入院前外来での検査数の増大。一般的検査(特異性の低い)の減少。追加検査の増加。
(公的・社会保険関係、300~399床)

患者さんに必要最低限の検査しか行われず、検査不足、見逃しが増え、早期発見が難しくなるのではないか？
(個人、~149床)

1.不十分な検査による検査(医療)過誤。2.経営的効果が見られなくなり、コストの安い外注、ランチなどに移行する。
(その他、300~399床)

今まで通りやって赤字になるか、検査件数が激減すると思う。
(医療法人、~149床)

検査項目の限定化による技術力、開発力の低下。
(公的・社会保険関係、200~299床)

包括がより拡大すると、検査収入に大きな影響がある。目的検査が少ないのに包括のため無駄が多い。
(医療法人、150~199床)

患者の疾病にもよると思うが、診療や他の処置関連との収益バランスを考え、増収をはかる為にぎりぎり最低限必要な検査依頼になって来ると思う。必然的に件数の減少はまぬがれないと思う。私どものような小規模病院は依頼項目は大病院なみにあるが個々の件数は減少し(*)、コスト面から成立しなくなってくると思う。外注が極端に多くなるか、FMS、ランチラボ化するのは。(*)今でもこの傾向にある。今の試薬包装の数量では期限内に使用し切れなくなり廃棄量が増加する。又、測定機器が古くなっても購入価を収益でまかなえない。
(学校法人等、~149床)

包括支払い増→検査実施量低→外部委託増、検査のオートメーション化、人件費削減→検査技師の雇用減
(医療法人、~149床)

検体数が減る。院内でできる検査が委託される可能性がある。患者に十分な検査ができなくなる。患者情報が少なくなる。
(国立、200~299床)

海外に比べ日本での依頼項目数は非常に多すぎる。クリニカルパスをきちんと作るべきと考えるが、現在ナースが中心のパスのため、医師、薬剤師、放射線技師、検査技師を加えて、見なおす必要があると考えます。したがって包括化により逆に適正な検査依頼ができるようになるのでは。
(公立、400~499床)

包括的支払いとなった場合、入院時検査的な診断名による必要最小限の特定少数項目のみが実施される可能性があり、診療機関によりばらつきが大きくなるのではないかと。また、医師がかなりの確率で疑われない限り、他の検査項目を依頼しにくくなり、治療にあたっての周辺病態の確認のための検査は実施されなくなるのではないかと。このことはますます院内実施項目が縮小され、検体検査部門の人員削減が進み、24時間検査体制や院内感染対策等のレベル維持に苦慮することとなる。
(公立、200~299床)

検査室独自の収支が計算しにくい。
(公的・社会保険関係、200～299床)

検体検査件数の減少が進むと思われる、より診療支援や業務改善への取り組みが必要と考える。(生理検査業務拡充、TATの短縮他)
(学校法人等、500床以上)

大学病院の様に教育的な医療を実践している病院では、本質的な変化はないはずで、むしろ医療過誤がクローズアップされる中で、検査の重要性についての認識が高まるはずである。他方、多少の語弊があるかも知れないが、収益を第一に考える医療機関(特に昨今の診療報酬の減少で経営難となっている)においては、支出と算定される検体検査を仕方なく切り詰めて行う可能性は大いに想定され得る。その際には、未曾有の惨事が日本各地で発生する可能性が否定できない。それらは、薬剤の副作用を長期に見逃して合併症を招く、術前後の管理指標が失われるために感染症や副作用による病態の悪化、確実な診断ができないことによる疾病増悪、などである。これらの結果として、医療訴訟が多発し、多くの医療機関はますます窮地に立たされ、日本の医療が崩壊の危機に瀕する。
(学校法人等、500床以上)

包括的支払い以外の検査項目のコスト
(国立、150～199床)

DRG導入に向け、Dr.にEBMに基づく医療を要求する。患者のためには当然最新の医療、情報を提供することは使命であるが、しかし現状では「患者のため」、「自己防衛のため」といったDr.の言葉、姿勢が何われる。必要のない検査(放射線関係、検査項目の増加)がなされていることが多いのではないのでしょうか。それに伴って当然ながら消耗品・試薬代等も増え、支出を抑えることは難しい。
(学校法人等、500床以上)

現在の診療報酬点数制度から言えば検体検査は減少となるであろう。(特に日本人的な感覚からすれば医療訴訟が未熟なため)ひいてはエンドユーザーであるべき国民(患者)に大きな損失となる。
(公立、300～399床)

検査室が収入のうち、どれくらいの比率を占めるのか調べられない事。つまり機器の申請時に困る。
(学校法人等、500床以上)

検査件数の低下、一人一人の繰り返し検査の回数が増減すると思われる。検査にかかるコストの締め付けが強くなり、質の低下が考えられます。
(学校法人等、200～299床)

臨床検査収入が明確にできない。
(国立、300～399床)

①実施しても点数の評価がないという事で実施量は減少すると思われる。②適正な実施量(診療上、コスト面)の見極めが今まで以上にきびしくなっていくと考えられます。
(学校法人等、300～399床)

クリニカルパスを導入が不可欠で、この適用以外の場合は検査すればするほど、赤字運用が考えられるし、医師との連携を深めて、検査の内容及び実施の向上を図ることが大切と思われる。
(医療法人、300～399床)

検体検査の数が減少する
(公的・社会保険関係、300～399床)

念のために検査していた項目は検査しなくなり、ほかの疾患を見落とす可能性があるのではないかと考えます。
(その他、200～299床)

検査単独での売上げがわかりにくくなる。

(国立、400～499床)

診断・治療、経過観察に最も適した検査項目の組み合わせ方の選択が重要になると思われます。

(国立、500床以上)

①検査部門の収支管理をする上で利益率を算定する事ができなくなる。②高額検査機器の更新、新規導入が難しくなる。

(公的・社会保険関係、400～499床)

検査を実施する病院とやらない病院がでる

(公立、150～199床)

全体的に減少化は進むと思われるが、病院間により格差が広がると推定される(量的、質的)。急性期病床群病院における在院日数短縮、EBM重視医療の推進など医療変革の流れの中で、そのとらえ方により病院格差につながっていく要素と思われる。

(公立、500床以上)

検査のおち(不足)による診断等への影響

(医療法人、300～399床)

検査単独の収入が評価できない。検査依頼の減少につながる。真面目で正直な病院は損をするというような時代がきては困る。

(学校法人等、400～499床)

診療及び診断支援に限定された最少項目に縮小される。

(公的・社会保険関係、500床以上)

入院時のスクリーニング、疾患別のセット検査項目の設定がやりにくくなる。必要な検査項目を組みこんだセットを運用しても、診療報酬上認められない。その事により検体検査部門の運営が大きく支障をきたす。

(学校法人等、300～399床)

現在一番問題となっているのは、採算性の問題です。病態別に検査項目の種類、数を包括しなければさらに問題が出てくると思われます。単に包括的な支払いの割合の増加のみでは、検査技術の発展まで抑制してしまうと思います。

(公的・社会保険関係、300～399床)

必要最小限の検査になると思われ、患者さんにとって切り捨てられる場面が出てくるものと思われる。

(医療法人、150～199床)

検査項目の集約が生じ、不必要な検査は淘汰されていく可能性が考えられる。

(公立、150～199床)

包括外で検査せねばならないことが生じてくる。コストを病院で負担しなければならない件数が増えてくる。

(公的・社会保険関係、150～199床)

検査をすればするほど赤字になってしまうので診療報酬に見合う必要最低限の検査だけをするようになると思う。委託の場合でも検査結果が早く出来るようになっていくので小さな検査室などは不要になるかもしれない。

(学校法人等、～149床)

患者さんにとっての医療の質の低下が問題となってくる。包括によって実施されるべき検査が行われなくなる可能性がある。

(医療法人、～149床)

検体数の増減は未定であるが、以前と異なり現在では減少する可能性は低いと考えている。逆に大きく減少すれば技師の体制等大きな変化を行う必要がある。

(公立、400～499床)

検体検査が減少していくため、検査科の余剰人員をいかに患者サービスへ振り向けていけるか。

(医療法人、500床以上)

包括検査で特定項目に不採算のものが出てくる。

(国立、200～299床)

検査項目が固定されて、検査項目及び検査検数が減少する。外注においてもドクターが今までのように必要と思われる項目を自由に依頼していたが制限されると思う。

(公立、150～199床)

検査したい項目が包括的な診療報酬で制約され、早期発見の遅れが多くなると考えます。

(医療法人、150～199床)

検体検査に院内処理は費用的に不可能となり、外注化が進む。さらにダンピング等の問題が出る。安かろう悪かろうの検査が広がる。検査の質の低下。

(国立、500床以上)

高価な分析機などの購入と検査収入とのバランスが今以上に悪くなります。

(公立、150～199床)

検体数、項目種類は増大してくる。(医者(⇨勤務医)は採算性などは考えないで依頼してくるから)

(公的・社会保険関係、～149床)

コスト削減のための検査項目の減となり、患者さまへの十分な管理不足による医療事故等が考えられます。人員削減やスペースの減少も考えられ、急性疾患への対応が難しくなります。

(医療法人、200～299床)

年々検査料がdownしていくので、人件費、施設管理費(ランニングコスト)等が逆転し、苦慮している。

(学校法人等、150～199床)

現在、診療内容に応じた高度検査を実施していますが、報酬との問題にて項目数、精密検査数の低下が予想され今後、高度治療、早期医療などの対応不可が予測されます。

(学校法人等、150～199床)

包括化が進めば、検体検査の査定率は下がると思います。しかし、検体検査件数が極端に減るかといえばそうは思いません。臨床の先生の治療マーカーになっている検体検査は以前と同じく必要になっているからです。かつまた、診断の判断につながる検体検査はますます必要とされると思う。そんななか問題となるのは検査コストだと思えます。より低いコストが求められそうな気がします。

(学校法人等、300～399床)

不必要な検査項目を実施しないようになるとは考えられるが、現在行っている項目数が急激に減るとは思われぬ。米国並に訴訟国家になりつつある我国では、医療においても見逃せない、見逃さないという観点から、一通りのスクリーニング検査が行われるのではないかと考えるからである。

(医療法人、200～299床)

検査件数、収益が減少し、自動分析機器の減価償却年数がかかり新規購入が難しくなる。
(公立、400～499床)

①スクリーニング的な検査ができなくなり見落としの発生が増加する。②検査収入ができなくなり衰退していくのではと心配。
(公的・社会保険関係、400～499床)

クリテカルパスの早期導入(全科)、採算性の維持、検査科員の適材適所の見なおし
(公立、300～399床)

包括的支払いになっても、今知りたい検査結果というものは診療報酬を度外視して出すと思われるので保険の取れない検査が増えると思われます。
(公立、150～199床)

現在も一部包括医療も(重度心身障害者病棟)実施しているが、必要に応じて検査を実施しているところであるが、他の疾患と共に、経営管理や医療経済論(今言われている)から見れば、当然最低限度の検査と、データの良い悪いは別にして、単価(試薬)の格安な方法で実施するようになると思う。
(国立、400～499床)

必要な検査が実施されなかったことによる医療事故。
(医療法人、150～199床)

入院から退院までの日数を短くしたいのであれば検査等で病態管理をしっかりしなくてはならない、とすれば検査技師育成、意識改革など精度管理に裏付けされた検査結果の保障などに力を注いで必要とされる検査科作りを進めるべきだと思う。
(国立、200～299床)

検査を出し控える。
(公立、500床以上)

検体検査の点数は人件費、試薬代が赤字になる状況にあり、包括的支払いになるとさらに採算性の悪化を招き、精度管理費の削減、精度が劣る安価な試薬の採用を余儀なくされると考えます。検体検査は患者の状態を客観的に判断できる大切なデータで、削ることは困難であり、検査科の収支はさらに悪化すると考えられます。
(公立、150～199床)

当院においては問題は生じないと思われます(最小限の項目を検査しているため)
(医療法人、～149床)

収入の減少
(学校法人等、150～199床)

検査に限らず種々の加算により機能と実績(平均在院日数・治癒率など)に見合った評価と収入が、病院として得られれば問題はない。各部署の収入は診療科毎の収入に包括されている現状であり、コメディカル部門の収入(売上)を論ずる環境は既にないと考えている。加えて、多くの医療施設においてはランチ、FMSも含めて院内検査と外注検査の住み分けはできていると思われる事から、また、今後“診療支援”が死語になるほどにチーム医療が進展していくならば、検査差益は5～10%(病院の実勢価格)で充分と考える。
(公的・社会保険関係、300～399床)

検体検査の実績収入が見えなくなり、検査科の貢献度が見えなくなる。
(公立、400～499床)

検査をしないで粗診・粗療が行われる。
(医療法人、400～499床)

包括診療が検体検査に与える影響が分からない。地方の公的病院（320床）、在院日数20日前後、紹介率20%そこそこ。このようなレベルの中でのDPC。検体検査部の存在をアピールするには！
（公立、300～399床）

検査運営が困難になり、業務の改善が進み、リストラ化となりうる。
（公的・社会保険関係、500床以上）

無駄な検査がなくなる面はあると思うか？病院のレベルによって、診療内容が違うのは当然であり、また要求される検査レベルも違って当然だと考える。従って一般病院では包括化によって利益があがることもあるか？同レベルで専門病院も考えられると、十分な検査ができない危険性を心配する。
（国立、500床以上）

包括化により検査の収支がわかりにくくなる。
（公的・社会保険関係、400～499床）

必要な検査以外は実施しないという方針は良いが、本当に必要である検査を実施せず利益優先にならないか？一月に一度ぐらいは広範囲の検査が必要でないか、偶然に見つかる悪い所見もある。
（学校法人等、不明）

①検体数が減少し、高価な検査機器の購入が困難になる。②必要な検査が実施されない恐れがある。
（医療法人、200～299床）

実際に必要な検体検査までもが省略されてしまう可能性がある。
（医療法人、150～199床）

①検査件数の減少によるコストの増加。検査周辺設備への固定経費・投資的経費。②検査への配分額が明確ではなくなる。
（公立、300～399床）

例えば検査回数が減る、とかを問題としているのでしょうか？これは検体検査の問題ではありません。医療行為の問題です。粗悪な医療になる可能性は考えられますが…
（学校法人等、500床以上）

検体検査が減少すると思います。
（公立、200～299床）

検査件数の総量は本来の適正な依頼数に減少する。しかし検体検査は“物”としての認識が病院経営者を中心に強まり、検体検査＝コストの考えが一層深まると思われる。その結果必然的に院内の検体担当技師の評価にも影響し、院内での検査部門のあり方に対して、大きな変革をもたらす事となる。患者さんの医療費負担という点においては、やや改善されるかもしれないがその水面下で検査未実施による早期発見ができなかったり、見落としされる方が増加する事も十分に予想される。
（公的・社会保険関係、200～299床）

検体数が減少するので検体検査の院内実施が難しくなる。
（医療法人、～149床）

施設の専門性にもよるが、一般検査など迅速性の可能な検査のみが実施され、特殊検査は外注される。
（医療法人、300～399床）

検体数の減少
（医療法人、～149床）

今の型の検査をそのまま実施していくとすると件数も減少し、院内実施検査での採算も取れなくなると思う。患者様快復のための総合検査セット等を設定して検査項目の中に入れるような工夫が大事であると思う。
(公立、300~399床)

検査項目の診療報酬点数が形骸化して、検査に関する収支が把握できなくなるため、検査室運営という視点から病院経営の視点で捕らえられ、疾病毎に対する検査項目等のマネージメントが出来る検査技師が要求されてくると考えられる。
(公立、500床以上)

検査件数の低下によるランニングコストの上昇
(公的・社会保険関係、150~199床)

萎縮診療（やるべき検査が減少する）
(学校法人等、500床以上)

より迅速な対応が必要となっていくので、検査センターの営業時間外をどのようにするか考える。
(学校法人等、150~199床)

収支管理が不可能になる。
(公的・社会保険関係、400~499床)

ランチ等に拍車がかかり、院内検査が減少するのではと思います。
(医療法人、150~199床)

検体検査が誰にでも実施可能な現在の体制を改めてから実施すべきである（質の担保が確保されなければならない）。
(その他、300~399床)

検査業務の効率化
(医療法人、~149床)

包括的支払いの点数が低く設定されると、適正な検査の実施量の減少が起きる可能性も否定できない。適正な検査が減少することにより、診断、治療の遅れが生じる事が予想され、さらには医療事故へも結びつく。結果として医療費増加も懸念される。
(医療法人、300~399床)

①検査点数算定が難しい②検査が必要であっても包括により限定される
(国立、400~499床)

検査コストの削減、検査結果の迅速な報告、より意義の高い検査の導入
(学校法人等、500床以上)

単純に考えても、その内容、数等は減少していくと思われる。
(学校法人等、150~199床)

包括となれば何もしないほど利益率が高くなるので粗診療となる可能性が高い。
(国立、400~499床)

医師からのオーダーが減る。特殊検査のオーダーが減るので、患者の満足度は低くなる。また、収入も減るので機器の更新も難しくなり、精度管理にも問題が出てくる。
(医療法人、150~199床)

診療報酬の中で検査の割合が見えなくなる
(公的・社会保険関係、300～399床)

①1検体あたりのコストが高くなり院内検査のメリットが少なくなる(経営面)。②外部委託検査が増加する事に対する精度管理の不安と検体検査の速さ、報告体制の整備が必要(集配の回数)(専用の端末)。
(公立、300～399床)

診療報酬が包括的支払いへとようになっていくと、検体検査の種類を選択が厳しくなるため、必要と思われる検査が行われず、表面的に出てくるかはわからないが、検査や診断の質に低下が生じるかもしれない。また、段階的に検査をしていくとなると患者さんは何度も足を運ばなくてはならなくなり、時間的なロスから問題が生じるかもしれないと思われる。検体検査は異常を見つけ出すだけでなく、他の疾患の否定をするために行われる事があるので包括の内容が重要だと思われる。
(医療法人、150～199床)

EBMの様に科学的根拠に基づく検査を実践していくのは非常に良い事ですが赤字傾向に進むと思われる。また、検査項目の絞りこみによって見落としが危惧される。
(医療法人、300～399床)

包括になれば無駄な検査オーダーはなくなるが、技師の定数の削減にならないとよいのですが。
(公立、150～199床)

包括支払い方式では十分な医療内容になりにくく圧縮される傾向になりコスト削減方向に加速し、医療サービス、医療の質を今一度検討しなければならない状況になると考えます。
(公立、200～299床)

外部委託項目の場合、高価格項目の組み合わせでは赤字が増える。
(公立、300～399床)

検体検査収益の低下が見こまれる。検体検査件数が減少する。高度の検査、収益性の悪い検査が敬遠される。
(公立、500床以上)

必要な検体検査の実施が制限されて自由に出来なくなるのではないかという問題が考えられる。
(医療法人、～149床)

明確な検査料金の算出が困難とならないか？
(医療法人、150～199床)

包括的支払いの場合、収入が限られるので支出を少なくしようとする。そのことによって、必要な検査までもが行われなくなることは確実である。
(医療法人、150～199床)

本当に必要な項目をチェックしなければならない。ドクターがどこまで協力してくれるかわからない。
(公立、200～299床)

ますますコスト削減が求められると思う。質を維持するのが困難になると思う。
(医療法人、150～199床)

必要な検査が実施されなかったり、検査しなかったための見落とし等が起こる可能性が出てくると思われる。
(医療法人、200～299床)

必要最低限の依頼となることで検査科としての収益が減る。
(医療法人、150～199床)

検体検査の収益の把握が正確にできない。外注検査の費用の評価が出来ない。
(学校法人等、300～399床)

現在不要でも保険点数が取れる検査は最大限に実施するのが指示医の役割である。包括的支払いが導入されると経営者は必要な検査でも指示しなくなる恐れがある。クリニカルパスのさらなる充実が必要である。入院前、退院後の包括的支払い等どのようになるのかにより、検体検査の必要性が左右されると考えます。以下の設問においても答えがちがってきます。
(公立、400～499床)

薬剤の長期投与も含め患者の来院（受診）数の減と包括的支払いにより検体検査のオーダーが減るか？その反面的確な項目選択オーダーが出来るのでは…。
(公立、400～499床)

今までは疾患の疑いを検査結果によって確定診断してきたが、包括的支払いが増えることにより検査は少なからず減少すると思われる。最低限の検査しかしなくなるであろう。もしかしたら必要な検査すらなくなる危険性もはらんでいるかもしれない。
(医療法人、150～199床)

施設基準法により検査（検体）に関しては検査室を置かなくてもよいことであるが、ひとつは検査を全面的に委託した場合緊急時の対応などで問題が出る。（人件、人材等で、また、緊急のみ院内での場合 Dr がどちらの方法による結果を重視するか）2 つ目は各種の調査など（副作用、患者の状態によりの確に検査を Dr に提示し実行する意識の低下が起こる。経営的には算術的でよいが、患者との病気のあり方に関して包括医療はあまりよくない）
(公的・社会保険関係、150～199床)

①収入増のため実施していた検査件数の低下から、この分での余剰人員が出てくる。②今後急性期の病院検査室の在り方を前提に考えた場合、早期診断・治療、リハビリテーション、平均在院日数の短縮に向けたチーム医療の推進に検査業務の再構築が必要となってくる。具体的には多義にわたる検査項目に対し外注任せではなく院内検査に移行する分野が増えるのではないか。外注検査をするにしても、SRL、BMLといった東京周辺のセンターではなく地元のセンターに出す事でデータ報告の短縮化が求められる（コスト高と思うが）。診療側のニーズに応えられない検査室や病院は地域との信頼関係を築けない方向になるのではないか？能力のない検査技師は仕事が出来なくなる。
(医療法人、200～299床)

必要最少限の検査依頼になる。
(公立、500床以上)

必要な検査に制約が生じる。検査における差益がなくなる（逆鞘）。
(学校法人等、～149床)

必要のある検査項目が省略される可能性が出る。単価を低く抑えられる大病院、大手外注業者のみに検体検査が集中する。
(学校法人等、～149床)

検体検査の収入低下を招き、院内実施項目の外注化を推進する事になる。
(公立、300～399床)

コストの面から検査を控える傾向が懸念される。（必要な検査が実施されない）
(公立、150～199床)

検査科の収支計算、項目ごとの単価（収入）計算が出来ない。
(公立、300～399床)