

検査の収支が不明確になる。つまり検査の実績が数値で示せなくなる。包括化により必要最少限度検査も行わないことが起こるかもしれない。
(国立、500床以上)

検査件数の低下が予想される。またそれに伴い点数も低下する事が予想される。包括になるとどの検査が何点であるという事がわからなくなってしまう為、今までの様に依頼されると試薬の無駄が多くなるので新しいセットを考えたい。
(学校法人等、150~199床)

コストアップ→収支の悪化
(公立、500床以上)

検体数が減る検査項目によっては外注のほうがコスト面で安くなる(試薬の期限切れなどを考えると)。外注が増えれば技師も減る可能性がある。
(学校法人等、150~199床)

当院のような急性期高度医療を担う病院は依頼検体数は減るとは考えにくい。しかし包括払いが増えてくると依頼項目数は厳選されるので減ってくると思われる。手間は減らないので院内検査と委託検査を効率よく組み合わせないと採算が取れない恐れがある。
(公的・社会保険関係、400~499床)

検査の減少化が考えられ、技師の処遇、配置を考えていかねばならないと考えます。
(学校法人等、400~499床)

検体検査の減少を招きかねない。
(学校法人等、~149床)

過少検査
(学校法人等、500床以上)

検査回数の減少による質の低下。チーム医療を促進に即した検査技師の技術と知識の低さ。専門知識の不足。コスト意識の低さ。
(公立、200~299床)

検査試薬の経費が増える。
(公立、300~399床)

検査件数が減少した分診療参画部門へと検査技師の業務の内容が変化していくと考えられる。もう検体検査のデータ報告だけでは技師の存在価値がなくなってしまう。現状でも診療部からの要求に応える事ができていない。どちらかといえば良い方向(ムダのないEBMに基づいた検査へ)に進むと考えられる。
(公立、400~499床)

包括的支払い=検査をしてもしなくても収入が一緒→検査をした分がそのままコストになる→検査件数の減少→疾患の早期発見が遅れる可能性あり
(公立、200~299床)

検査実施量の減少(院内検査の存続の危機)
(医療法人、150~199床)

検査収入が把握しにくくなる
(医療法人、300~399床)

①考えられる疾患のみの検査を行い、合併症の別疾患の検査チェックをせずに診断治療し別疾患の発見が遅くなるか、手遅れの場合も考えられる。②包括内容が細部まで見えていないので不明点も多いのですが疾患に関係ない、予防的な分野で輸血前、後の感染症検査などHCVやHIVなどはコスト面で実施しなくなるケースも考えられます。
(医療法人、150～199床)

検査項目及び件数の減少（必要以上に減少しないか）
(公立、200～299床)

外来が出来高、入院が包括になる場合、外来での検査が多くなるものと推察されます。DRG/PPSが全面的になった場合でも最低限のルーチン検査は必要であると思う。臨床側と密接に連携を取っているので検体数の大きな減少はないと考えます。また、現在でも診断に必要な検査が未収録のものがあるので、厚生労働省はもっと現場を見る必要があるのではないのでしょうか。
(公的・社会保険関係、300～399床)

コスト重視になり、スクリーニング検査が多く医療機関で廃止され、見落としが増え、平均在院日数と診療報酬のことばかりが取り沙汰され、医療の本質が見落とされる事になる。
(公立、150～199床)

割合増加や報酬減少は実検査の増加を引き起こし、ひいては本来必要である検査項目の削減で必要な検査を請求しづらくなると思われる。
(医療法人、～149床)

包括的支払いが一律に導入された場合、必要な検査もされなくなり患者様にとって診療の質の低下が生じる可能性がある。
(学校法人等、200～299床)

患者一人当りの検査項目数が抑制され診断上で見落としが出る可能性がある。
(公立、300～399床)

検査項目の淘汰と最少限の検査を行い、検査結果から追加検査の必要性、項目の選択を検査技師が臨床側に情報提供すべきである。
(公立、300～399床)

検体検査の減少→採算性の低下→検査の外注化
(公的・社会保険関係、200～299床)

包括支払いが増加する事は検査件数の減少につながると考えます。もちろん不必要な検査を行うべきではないが患者様にとって必要な検査までもが行われなくなる可能性が高い（経営を考えた場合）。またお金を支払えばより多くの検査を行ってもらえるといった事は医療を平等に受けられるのだろうかという疑問が残る。不必要な検査を行った場合の取締りを強化すべきで包括払いを進めて行くべきではないと考えます。正しく行われた検査については正当な金額を正当に支払われるべきと考えます。
(医療法人、150～199床)

検体数減る
(公立、～149床)

検査試薬のコストに影響が出る
(国立、300～399床)

検体検査における個々の収支管理が難しくなる。
(公立、500床以上)

検査収支が不明瞭となる。
(学校法人等、400～499床)

採算割れ。収益の低下。
(医療法人、300～399床)

医療事故。検査項目の減少により病名の見落とし、判断ミス。
(医療法人、300～399床)

検体検査の項目が将来全面包括されれば試薬代や消耗品のコスト問題が発生する。(値上げがある) また、人件費の問題に発展する。
(医療法人、300～399床)

更なる省力化が求められ、結果的に人的なミスが起こりやすくなる可能性がある。
(医療法人、200～299床)

検査管理加算が取れない。
(国立、500床以上)

利益を上げるより損をしないよう検査を進めていく必要があり、よりコストを重要視するあまり精度、感度等が落ちないか少々不安に思う。
(医療法人、～149床)

包括的支払いの項目別の内訳がある程度示されないと収益の分岐点が分からない。よって検体検査を診療の位置づけをするときにどのようにするか判断できないので困る。
(学校法人等、～149床)

①包括と包括外。保険請求漏れがチェックできない。②収入・経費の関係で利益率が不明。
(医療法人、150～199床)

疾病により包括になると同じ疾病でも重症度合いが違うため検査の種類、回数も変わり、検査コストが高くなる可能性を秘めていると思われます。
(医療法人、～149床)

どの検査が必要であるかを見極めるのが難しい。病院の経営収支とサービスとのバランスが難しくなる。
(医療法人、300～399床)

臨床サイドが考えている検査が出来なくなる。その結果、検査科とのコミュニケーション不足が問題になるのではないか。
(医療法人、200～299床)

必要時に十分な検査が出来るか？
(医療法人、～149床)

試薬コストの削減が迫られ、検査精度に影響が及ぶのではないか。
(医療法人、～149床)

各疾患群によって検体検査項目の再度のみなおし。コンピューターソフト経費の増加。検査収入と経費等の比較による各分野の算定や作業評価等が不可能になってしまうので大学病院又は地域中核病院等の必要な経費算定基準等を作成して欲しいと思う。
(公立、200～299床)

検査室の収入が減る場合、検査の外注比率が高くなる場合があると思われます。それとFMS、プランチラボ方式を導入する病院も増えてくるかもしれません。精度管理も問題になると思います。少しでも安く検査を行うには、検査精度が低下することが考えられます。
(公的・社会保険関係、150～199床)

必要な検査までカットされ診療に支障が出る。診断がつくまでに日数を要するようになる。
(学校法人等、300~399床)

検査依頼数の減少が患者に良質な医療提供という観点から逸脱し、必要な検査依頼の手控え的な面が生じるのではないかと。検査依頼数の増加は過剰であれば検査漬けと言われるが、意図しない異常値項目の発見、時系列データによる細やかな患者観視からすれば少々の依頼数の増加は否めない。そうした早期発見、早期治療による医療費の節減は包括的支払いによって逆に増加するのではないかと考えます。
(公的・社会保険関係、300~399床)

必要最低限の検査しかなかった場合、実施されるべき検査が見過ごされてしまう事があるのではないかと。
(公的・社会保険関係、200~299床)

検査項目不足による診断ミス等は生じないか？
(公立、200~299床)

①検査科独自の収支計算がむずかしくなる。②そのことにより検査科の存在意義の主張がしにくい。
(公立、500床以上)

検査室の検体関係の収支が明確にならず、検査室の経営管理に問題が生じる可能性あり。
(学校法人等、150~199床)

包括外の検査において保険適用外となれば本当に必要あるもの以外に行わなくなるのが普通と思われるが、医師が個人病院・開業医でないと意外と保険適用外でも検査を出してしまう傾向にあると思います。よってこの点を病院経営者がどのように調整していくかが問題となってくると思います。
(学校法人等、200~299床)

採算部門からコスト部門になる。コストが重視される。
(国立、500床以上)

医師が実施検査項目数を減らさないとと思われるので、“マルメ”で拘束されている部分がある為、“赤字”になるとと思われる。
(公立、200~299床)

検体件数が少ない当院のような施設では効率が悪く経費を保険収入でまかなえない事も多々あるが、さらにその傾向が強くなっていくと思われる。一般的にも集中化し件数を増やさない限り採算割れになっていくことも考えられる。
(公立、200~299床)

包括支払いとなった場合特殊検査、高度治療のための検査は徐々に減少し、また定期的に検査を実施し様子を見ていた患者さんは検査の回数が減少し、状態把握のためには不利益な立場となるであろう。検査室にとっても件数減少は経営的に考えても死活問題となってくる。特に受託検査を取り扱っている当検査室は依頼される先生方の考え方に影響を受ける事となる。
(学校法人等、~149床)

包括的支払いが増加するとますます検査業務における収入の減少が考えられ、管理側は安い費用で実施出来る外注検査を考えるのではないかと。が、これは診療前検査などの患者サービスの低下につながる。
(学校法人等、150~199床)

検体の減少になり検査の発展と技術力の低下になる。検体は物ではなく患者さんの状態を掴む重要な生体情報源である。包括化のような1+1=2の考えは病気にあてはまらないと思う。
(学校法人等、~149床)

収入を上げる為必要な検体検査がされずに病状が悪化してからでないと判断がつかなくなる。担当医師の技術と知識とモラルにより患者の寿命の差が大きい。
(学校法人等、~149床)

検査件数は変わらず人件費の抑制や FMS、ランチなどが病院の方針になっていく。
(公的・社会保険関係、400~499床)

検査の依頼を少なくする方向に進んで医師の研修に制限がかかるため、十分な研修ができなくなる。患者の診断や治療の確認のための検査が削減され、医療の信頼性低下が心配される。診断価値の高い検査のみが残る。新しい検査法と開発する企業力が低下する。自由診療を認めることが必要である。
(国立、500床以上)

包括支払いより検査部門の収入が減となるが、診断・治療効果のための臨床側への情報(検査項目数・種類等)は現行通りが予想される。検査部門の収支をどのように管理していくかがたいへんである。
(医療法人、150~199床)

体調不良による検査が日常頻繁に行われているため、診療報酬の減点は収支にかなり厳しいものになる。
(学校法人等、~149床)

本当に必要な検査と緊急検査が増えていくと考えられる。医師もどのような検査が本当に必要か、また次にどのような検査が有効なのか、検査技師もアドバイスができるようにしなければいけないと思います。
(公立、400~499床)

最低限の検査で最大の治療効果につながる項目をクリニカルパスとして導入する事、その際医師と検査で十分な情報交換をする。一方で徹底した省力化を図る必要があり、その為のシステムの充実をはじめとした分析機器等の設備投資とスタッフのスキルアップが要求される。
(公立、400~499床)

経済効率化を優先した検査セットなどを作らねばならず、場合によっては医師は必要な検査を依頼しにくくなる。
(学校法人等、200~299床)

試薬コストの削減が大きなテーマになるのではないかと。マルメに入らない項目をどのようにして上手く取り入れていくか。→生理検査にさらに重点を置かざるを得ない。それも行き詰まってしまうと人員削減とか…いつかはやって来る時があるかもしれない。
(医療法人、~149床)

検査の採算性を重視することで患者サービスが著しく低下する。アメリカ方式を導入するのであれば少ない項目で診療できる医師の教育制度などから見なおす必要がある。
(公立、500床以上)

検体検査が減少
(公立、300~399床)

包括的支払いに見合った検査が多くなるのではないのでしょうか。例えば安い検査試薬を使う安い検査項目を選んで実施するというような。
(国立、500床以上)

実収益が減少していく。依頼回数も減少。実労働に対し収益や件数の実数がつかみづらい。
(公立、150~199床)

包括支払いがますます多くなるという事はコスト面で問題が生じてくる。臨床医の理解と技師の努力と勉強不足では人件費だけが目立つようになる。疾患別に項目をセットして努力する必要があるが今以上に大切である。
(公的・社会保険関係、150~199床)

恐らく検査実施料は今とそう変わらないと思うが（医師の意識が変わらない限り）検査における収入は見た目には確実に減少する。①問題は判断料の扱いをどうするかである。検査技術料として捉えるか、言葉通りに医師が判断する判断料であるから医師の取り分として扱うか？按分が難しい。検査技師としては技術料として認めてほしい。②診療報酬の包括的支払いになった場合、検査室の収支が不透明になり、外注化、ランチ化が進むのではないかと不安である。
（医療法人、200～299床）

検査自体も包括化され依頼減、自由に検査依頼がされなくなる。反面無駄がなくなりコスト減になるか？
（医療法人、150～199床）

検査面では検体検査の包括的支払いにこだわり過ぎ、必要検査の見落としが多くなるのではないかと思う。
（公立、～149床）

病院も慈善事業ではない以上採算性は無視できない。そのため包括化がさらに進めば依頼項目のある程度の縮小は考えられるが、患者の負担を軽減し、一度の採血で必要な検査を済ませ、早期に適切な診断・治療を行うことを考えた時、必ずしもそうはいかない。検査漬けで金儲けしようとする悪質な病院があることにも問題はあがるが、これ以上の包括化、保点切り下げはただいたずらに病院経営を窮地に苦境に追い込むだけである。その結果検査センター等の不当な介入（ランチやFMS等）を助長し、労使の信頼関係を損ね、健全な検査室運営をも阻害する事になりかねない。
（公的・社会保険関係、150～199床）

事務的な合理化が要求され、精度保証、品質維持が困難となる可能性がある。当然有能な人材を抱えられなくなる。（人材流出）
（学校法人等、400～499床）

診療報酬事務の複雑化を避ける意味で、検体検査の包括化はもう一段進めるべきと思う。現在、救命救急入院・特定集中治療室・定額払い方式（12.04.01～）・特定機能病院包括点数・手術前・後医学管理料などの包括があるのは了知している。問題は、ここの検体検査の中身をよく知り、収益損を生じないように、担当官が方向づけることができるかどうかであろう。
（公立、～149床）

外注化が進む。
（医療法人、200～299床）

検査科の死活問題。検査部門の収支の悪化。当院では健診が主な収入源になるのでは？一定の病気のみにとらわれ、他の病気の発見に支障をきたす恐れ。
（公立、300～399床）

コスト削減を迫られランチ化、FMSも進んでくると思う。個人的にはランチ化よりFMSのほうがチーム医療にも参加できそうなので合理的だと思う。
（公立、200～299床）

採算から考えて減少傾向になると思われる。
（医療法人、300～399床）

診療上個々のケースを考える時必要な検査が十分にできるか危惧します。
（学校法人等、300～399床）

検査科の業務実績が見えにくい。
（公立、200～299床）

検査業務に限らず各分野の医療全体に対する貢献度がはっきりしなくなり、医療行為に対する積極性の低下を招く恐れがあると思われる。
（国立、300～399床）

検査実施数の減少が診療報酬改定に際して包括支払い額の低下を招き、それがさらに検査件数の減少もたらすといった悪循環に陥りこの分野の発展成長が望めなくなる。
(公立、500床以上)

臨床的に必要な検査項目が制限される。検査件数が減ってくるためコスト高になる部分がある。
(医療法人、200～299床)

DPC等において疾患により検体検査項目が選定されるため、パターン化・必要最小限の検査になり検査件数・収入が減少することが予測される。診療報酬が包括支払い以外は別に算定し検査料金が支払うため支出が増加する事が懸念される。
(医療法人、500床以上)

検体件数の減少により検査収益が減少する。
(公的・社会保険関係、500床以上)

まるめ検査は増加するが検査収益が上がらなくなる。
(公立、200～299床)

検査件数の減少によるコスト割が多くなり委託化が進むと思う。検査以外で何ができるかがこれからの課題である。
(公立、150～199床)

委託検査が多くなる
(国立、150～199床)

必要な検査も行われなくなる可能性がある。
(学校法人等、200～299床)

外注の増大により、職場の確保の問題が考えられる。
(その他、～149床)

検査が行われない事による医療の質低下を危惧します。患者の不利益を回避するため、ある程度の検査は実施すべきだし、そのための施策（クリティカルパス運用疾患は高めの点数を設定するなど）が必要だと思います。
(公的・社会保険関係、150～199床)

収入に比して著しく検査購入費が高くなるので赤字部門になってしまうこと。
(公立、400～499床)

処置、薬、検査等すべてが包括になることから、検査分野（項目数、業務量）が不明確になると思われる。診療報酬は定額となり、実施項目を減少させる（支出削減のため）施設が増加するのではないかと。
(公的・社会保険関係、150～199床)

検体検査は減っていく方向と見られる。しかし検査もれ等から診断や治療経過の判定に過誤になる危険性がある。
(国立、400～499床)

収益アップのためできるだけ検体検査をしないようにする。最低限の治療と検査になり、医療の質の低下。
(医療法人、～149床)

マルメ項目の検査項目数の設定
(国立、300～399床)

迅速に状態や病態を把握できるように検査データを提供する（良質な検査結果）。在院日数短縮に伴う適正に評価できるような検査報告の提言。包括が進むことによって経営的面と臨床面で厳しく難しいと思う。
（公的・社会保険関係、300～399床）

1項目あたりの試薬単価の算定が難しい。検査・投薬が減り見た目診療になってしまう。
（医療法人、150～199床）

治療上必要と思われる検査がコスト面を考えると検査できなくなる可能性も考えられる。
（公的・社会保険関係、300～399床）

既に問題となっているようにO-157感染症例ペロトキシン検出検査のごとく、診断上最も重要となる検査が健保適用外であったり、検査料実費が保険点数を大幅に上回る状況があります。これは国民の健康を守る立場から全く許せないことであり、各種関係団体が知らないふりをするのは確信犯的な行為である。
（公的・社会保険関係、～149床）

一般検査、尿沈渣、血液検査、血液像、トロポニンT、BNP
（公立、300～399床）

広義には医療費の抑制効果はあると思われるが、次の点が危惧される。①検査実施項目の減少を招き、やがては必要な検査まで抑えられ結果として情報不測の事態が生じないか。②経費節減に重点を置き弊害として患者さんへの質の高いサービスの低下に陥らないか。
（公立、500床以上）

主病から発生する合併症の早期発見が遅れないか。主病以外の疾患の早期発見が遅れないか→健康診断、人間ドックの役割の重要性が増すと思います。
（医療法人、150～199床）

検査実施費の減少により人件費・試薬費のコストが算出されなくなり、検査縮小・外部委託が考えられる。但し現在でも点数が取れないルーチン検査が実施されており効率化は改善される事もある。
（公立、500床以上）

初診の際のスクリーニング検査ができなくなる。
（医療法人、200～299床）

検査結果に必要性があると思われるので大差はないと思う。
（公立、200～299床）

検査件数は確実に減少する。今後の病院内検査室のあり方について根本的な見なおしがあると思う。プランチャラボ、SPD等の選択。
（学校法人等、300～399床）

院内での検査が難しくなる（コスト）、それによりPOCTは無理ですし、質のよい検査もできない。
（学校法人等、300～399床）

検査項目、検査実施量の縮小に追いこまれるのではないか。
（学校法人等、～149床）

患者さまの状態により診療報酬から上回って治療する必要が発生した場合、病院か患者様がどちらがその分を負担するかの問題が発生する可能性が考えられる。
（公的・社会保険関係、150～199床）

検査を行う上で項目数又は病名を確定するための特殊検査に制限がかかる。
（国立、500床以上）

検体数の減少が考えられる。
(医療法人、150～199床)

検体数(検査依頼)が少なくなる。人員削減の問題。
(学校法人等、～149床)

必要な検査が行われない可能性あり。病院での対応に差が出るのでは？
(公的・社会保険関係、150～199床)

特異性に優れた、包括化に見合う項目のセット検査が重要となる。
(公立、300～399床)

必要な検査が実施されないことが心配。
(公的・社会保険関係、300～399床)

経費と収入の差が増大するため、試薬リース、FMS、ブランチ等へ移行していく率が上がると思われる。しかしこのような状態にシフトすることにより、チーム医療、医師とのコミュニケーションが徐々に取りにくくなり、病院の質の低下が懸念される。患者さんにとってマイナスである。
(公立、300～399床)

検査点数の低下が懸念される。
(国立、300～399床)

必要性が生じたときであっても包括内という意識が高まってしまい、本来は行うべき検査であっても、未実施ということもあり得る。診断の補助となりうる検査が不十分では診断にも影響が出てくると思われる。
(医療法人、200～299床)

個々の収入基準が曖昧になるので価格設定が困難になる。
(医療法人、200～299床)

包括化される事によって検査項目の絞りこみ等の措置が取られるものと思われます。これにより必要な項目、また新しく重要な検査項目等の出現があったときでも報酬額を考慮する事となり、予防医学がさげばれている中で医療の質の後退につながるのではないかと懸念いたします。
(公的・社会保険関係、200～299床)

無駄な検査は少なくなるが必要な検査を見逃す事にならないかと思えます。
(公的・社会保険関係、150～199床)

院内の検査実施が難しくなる。収入減につながる。
(国立、500床以上)

検査を依頼する側でよく理解していないと過剰、不必要な依頼と判断され保険請求で査定の原因となること。
(学校法人等、500床以上)

必要な検査も実施されなくなってしまう可能性がある。
(医療法人、～149床)

検査の総数は減少すると思う。包括的支払いで収入が増加するとは思えないので、ランニングコストを安くする必要がある。
(公的・社会保険関係、400～499床)

外部に委託するようになり検査結果が遅くなる。
(医療法人、300～399床)

一定の検査項目のみ検査をして依頼していない検査の異常値が見つからない可能性があると思われる。
(公的・社会保険関係、200～299床)

必要であるべき検査項目が控えられると患者にとってよいことでしょうか。
(公立、～149床)

収支管理ができにくくなる。
(公的・社会保険関係、200～299床)

包括的支払いになると検体検査の手抜きが増えてくる。都市病院と地方病院の検体検査の格差が出てくる。
(公立、150～199床)

検体検査の減少、試薬購入費用、検査精度
(公的・社会保険関係、300～399床)

クリニカルパスの導入等により検査内容が画一化され、効率化をはかりにくくなる。また無駄な項目が増して回数が減ると思われる。
(公立、150～199床)

医療においてコスト面が重視され、その時にしておかねばならない必須の検査さえ省略され、医療訴訟に機会が増えると考えられる。
(国立、500床以上)

1検体に同時に依頼される項目数は減少しますが、依頼検体数は増加すると考えます。前回採取検体に対しての項目追加検査依頼が増え、検体の保管場所を増やして確保しなければならない。検査結果がいかに早く依頼医の目に入り、次の診断が下せるかをサポートする必要がある。
(公的・社会保険関係、500床以上)

件数の減少、新規に開発される検査(新しい診断マーカー)の導入が遅れる、研究の停滞。
(国立、500床以上)

検査件数の増減によって検査部体制の見直しが必要となるかもしれない。
(公的・社会保険関係、300～399床)

依頼される項目が限定され、少数派依頼項目は試薬のロスを考えてと出来なくなる。
(公立、150～199床)

検体検査の収支管理ができなくなる。検査数の減少。
(医療法人、200～299床)

限られた保険収入の中から高い収益率を上げるため、当然ながらコストを下げるということが考えられ、検査の依頼が減っていくと思われれます。特に機器代、試薬代等コストがかさむ検体検査については必要以上に削減されていくと思われれます。
(医療法人、～149床)

DPCの本来の目的は支払い方式の包括化にのみあるわけではなく、むしろ医療の標準化、医療情報の透明化、そして医療の質の向上にある。DPC導入により安易なコスト意識が高まることで大幅な外部委託等により医療サービスの低下が懸念される。
(公立、500床以上)

やらなければいけない検査をしなくなるか、包括的支払分をこえてしまつて検体検査をやるようになり、病院に負担がかかるようになると思う。他の病気をみのがすことも多くなると思う。
(医療法人、150～199床)

検査室の採算ベースが厳しく問われる中で、検体数の減少は死活問題になる。人員構成も高齢化が進み、人件費がかさみ、外注化が進むことが想像される。検査室の運営がますます難しくなる。
(学校法人等、400～499床)

検体数の減少、検査回数の減少
(公立、500床以上)

一旦、費用面を重視して減少すると思うが、その後増加して、全体としては少し減少すると思う。
(医療法人、150～199床)

同じ病名であっても、行われる検査の種類や回数は、患者単位で異なってきます。金額を包括的にすることで、検査の種類、回数が制限され、重症患者や特異的な患者などの一部に、必要な検査が行われないケースが起こる事が考えられます。
(学校法人等、～149床)

クリニカルパスの推進、疾病群の経費が厳密に計算され、診断上で有益な検査が選択される事となる。医療機関では患者サービスの面と経費とのバランスを保つにどうすれば良いか。したがって検査技師は、検査内容についての詳細な知識と、そのランニングコスト等経費の把握も問われる。質の良い精度の高い医療提供者の一員になれるか、技師に問われる内容はますます厳しく、スキルアップが強く求められる。
(公立、500床以上)

依頼する項目で不要と思われる検査セットは廃止されると思います。検査業務稼働量は少なくなり、入院時検査か診断確定後の治療変化による検体処理が少なくなり、全体として検体検査は点数として上がらなくなると考えられます。故に、点数が取れない(採算が合わない)検査室は外注など委託化される事が進むと思います。
(公的・社会保険関係、300～399床)

検体数の減少、業務内容の見直し、業務体制の見直し
(医療法人、150～199床)

検査コストと収益の比率をどうするか、メーカー、検査センター、技師の地位身分保証にまで及ぶ問題になる。国公立の病院と民間では現在でもかなりの差があるのに加え、技師の生き残りが最大の関心事になるのでは？
(医療法人、150～199床)

検体検査実施料が不明確になる。
(公立、300～399床)

診療点数に対して検査材料費がかかる。
(国立、500床以上)

経営的視点ばかりが強調され、検査オーダーが出しにくくなる。
(学校法人等、150～199床)

赤字の検査項目も出てくるけれども、検査を実施の必要がある場合にこの赤字部分を誰が負担するのか、病院負担になってしまうのか、不安です。
(医療法人、200～299床)

検査項目数の減少、検査オーダーの制限。場合によっては検査担当人数を減らす。チーム医療による業務拡大。患者と接触が大きくなるような業務を取り入れる(病棟へ出て検査関連業務を行う)など。
(医療法人、400～499床)

目先の経営に重点をおく管理者が検査の制限などを行い、必要な検査が実施出来ない。患者サービスの低下につながる可能性がある。項目数。検査回数。
(公立、400～499床)

包括的支払により、現在は、特に必要のないものも実施している様子があるが、包括になる事により、検査を出す方も考えて、しぼりこんで出してくる様子がある。そこで、検体検査も、必要最小限におさえられて、実質的に量の減少も考えられる。
(医療法人、200～299床)

検査の単価計算ができなくなる。
(医療法人、150～199床)

経済が優先されることにより、包括化による項目の減少が考えられる。患者サービスの低下が生じるのではないか。
(学校法人等、400～499床)

検体検査による収支のバランスのくずれ(支出の方が収入を上回る)→診断に必要な検査であっても検査しなく(できなく)なる。
(学校法人等、200～299床)

短絡的にFMSやランチ化を考えるが、果たして病理や生理検査等との関わり、又病院全体の中での意志の疎通が図れるか疑問である。
(公立、300～399床)

患者様にとって必要な検査が必要な時受けられるか不安があります。医療の質が低下することが不安です。
(公的・社会保険関係、400～499床)

検査収入が不明確となり、コストのかかる部門と見られるようになると、臨床からのニーズの対応や検査ノウハウを忘れて、コスト判断から(院内検査)が消滅していくことが問題である。検査技術の低下、関連業界の消滅→外国企業の独壇場となる。
(公立、400～499床)

実施する検査項目が集約されてくる。
(公立、500床以上)

臨床的には必要であるのに、包括的により、依頼がされない場合が出てくるのではないかと思います。単純に収支だけで検査を見た場合、支出が増加したと思います。
(医療法人、200～299床)

検査料としての実質収入がわからなくなる。
(公的・社会保険関係、～149床)

包括的支払いにより検体検査が制約されることで、医師の十分な診療が行えないのではと危惧します。同様に検体検査数の落ち込みを検査科としては大きな問題と捉えています。
(学校法人等、300～399床)

診療報酬における検査単体の収支レベルの把握が困難になる。
(学校法人等、500床以上)

依頼件数が減るため、稼働がおちる＝収益がおちることが心配する。
(医療法人、300～399床)

全体的には検査を控えるような傾向になると思われる。検査が「必要と思われる時、いつでも実施できる」ということからかけ離れてしまうことになり、ひいては医療の質の低下で医療事故にもつながりかねない。
(公立、200～299床)

必要な検査でも削られるおそれがあり、コストの安い外注が増える。
(医療法人、150～199床)

検査項目の見直し・徹底を図っていかなければ、検体検査はサービス業務になってしまう。収支が合わなければランチラボ化に傾いていくと思います。
(学校法人等、150～199床)

診療に真に必要な検査がオーダーされる。経営収支が不透明である。
(国立、500床以上)

コストが増す。
(国立、300～399床)

検体検査件数の減少。1件当たりのコスト。セット項目の見直し。
(国立、200～299床)

検査が患者にとってどの位かかわっているのか、わからなくなる。(必要性が見えないので)。
(学校法人等、300～399床)

包括内容に合わせて「セット化」を行っても、入院時、オペ時又は疾患別に項目が追加となり、包括化となり保険収入は減るが、試薬代等の経費はなかなか減少せず、より良い医療をするために、病院の負担が多くなる。
(公立、150～199床)

診療報酬の包括化によって、検査コストとの差益が小さくなる為、現在院内で実施している検体検査が、外部委託に移行する割合が増え、それに伴い、POCT等にも影響するかもしれない。
(個人、150～199床)

医師等の医療技術に施設間差があるという現実を前提に考えれば、検査項目が限定されることによる患者サービスの低下につながる。スクリーニング的検査を診療の一定の間は許容することも必要ではないか。
(学校法人等、400～499床)

検査依頼件数の減少が考えられる。包括的支払が増えると検査収入による実績が見えにくくなる。今までは実施していた(各種疾患)検査項目が実施されない内容も出てくる。検査室での実績を独自に集計(作成)して業務量(収入)をいつでも示せるようにする。
(国立、～149床)

経費節減のため、検査が抑えられる心配がある。
(公立、300～399床)

包括的支払が増加すれば必要な検査もはぶくことが多くなると思われる。
(公立、500床以上)

検査の回数、項目数が減少する事になる。減収が考えられる。
(公立、500床以上)

包括医療の割合が増えて合理的になっていくことは良いのですが、医療の場合個人差があり、項目限定の範囲内での診断・治療が難しい場合が多く、追加の項目の依頼が多くなると考えられる。検査側にとってはマイナスとなる。
(学校法人等、150～199床)

医師の意識によって検体検査内容は変化する。以前と変わらぬ出し方をされれば、当然コストがかかってくるが、絞り込みすぎれば、逆にランニングコストも高くなる。いずれにせよ、無駄な部分をチェックしながらやっていくしかないと思う。

(公立、～149床)

未検査による医療の低下。

(学校法人等、200～299床)

院内で検査を行うのにはコストだけがかかってしまう。そのため、外注依頼が増えていき、将来、ランチ、FMSの導入になると思われる。検体測定と人員コストの面でも同様に考えられる。

(医療法人、200～299床)

経費重視の現状からは、安易な検査抑止が懸念される。必要な検査が適時行われないことが、ひいては医療費増を招くこととなりうる。包括支払いでの診療内容チェック機構が不可欠。

(学校法人等、300～399床)

検体検査数の減少により、臨床検査技師の雇用が減る一方、多分野への進出が増す。

(医療法人、150～199床)

院内検査のメリットが少なくなり、ランチ化も視野に入ってくると考えられます。

(医療法人、～149床)

コスト管理がしにくくなる。現在の点数改定が、検査センターの実施料と保険料点数の間で差益があればこれを解消するという事で行われているが、検査センターでは試薬も大量使用するので、一般病院から比べるとかなり安価で入っているが、一般病院ではそれほど安くはない。したがってどうしてもコストが高くなるので、採算があわなくなってくる。外注に検体検査を出す(ランチラボ含む)→結果が遅くなる(ランチ別)。患者は当日の検査結果による診療が受けられない。サービスの低下になる。

(公的・社会保険関係、400～499床)

検体検査の実施回数の減少によるリスクが生じる可能性がある。迅速な診断に支障が生じる。

(医療法人、200～299床)

医師が必要と思う検査は実施すると思われるが、保険請求できない場合があり、実質的な持ち出しが増加すると思われる。オーダー(検査を)する医師がどれだけ包括支払を認識してくれるかが問題。

(公立、300～399床)

院内実施可能な検査件数が必要項目に選択された場合、院内実施か委託化が問題となる。また院内実施においても、検査状況は多量検体処理から個別検査処理へ移行する。この時点で迅速性とマルチ処理を可能にしなければならず、部分的には専門性の価値が薄らぐかもしれない。精度の高い検査を行っても、診療報酬に変わりがなければ、検査そのものが粗雑になりかねない。

(公的・社会保険関係、300～399床)

包括的な支払いの割合が増えても、特に減少することは考えにくい。診断、治療方針を決定するために欠かすことはできない。

(公立、150～199床)

検査件数が減っていくが、患者、医師サービスとして試薬コスト減として、件数変化なくする。他部署などの業務を増やす。

(医療法人、300～399床)

外注検査は出来高払いのため、包括的支払いであれば全て院内の持ち出しとなる。

(国立、500床以上)

包括になるとその内容がレセプトに出てこないで、医師のオーダーが多すぎるのか少ないのか、検査費用の正確な収入が不明になる。
(公的・社会保険関係、500床以上)

やればやる程赤字になる。人件費など、経費削減のやり方。クリニカルパスの参加。
(公立、500床以上)

包括的支払になれば、本当に必要な検査まで実施されなくなる可能性がある。
(医療法人、500床以上)

検体検査部門の収支の把握が明確でなくなる事から、収支分析が難しくなる。経営的に検体検査の項目に制限が加わり、圧縮されていく中で、しっかりした診療計画の中での検査項目を選択されていかなければ、医療が質の低下につながる。診療側の適切な検査計画が大前提で、医師の力量にかかる。診療報酬として、検体検査の迅速性は、救命救急には欠かせない事から、迅速検査に対して他の検査と点数の差別化を願う。
(公立、400～499床)

精度管理が充分に行えなくなる。
(医療法人、～149床)

検体検査がDRにとってしにくくなる。検査の実施料が分かりにくくなり、コスト高になる。
(学校法人等、300～399床)

検体検査の依頼が減っていき、院内ではPOCTの実践が難しくなるのではないかと。
(医療法人、200～299床)

経営を優先するために、必要な検査を減らし、検体数の大幅な減少がくる。
(学校法人等、300～399床)

検査項目が限定・減少になり、効率がよくなるのはいいのですが、項目の選び方によっては、診断に差が生じなければいいが。
(国立、200～299床)

保険適用外検査、新規開発の検査が伸びなくなる(オーダーが減少する)
(国立、300～399床)

包括的支払いの枠外の検査は病院の負担となるため、必要と思われる検査でも実施されないことがあるのではないかと。
(国立、500床以上)

必要とする検査を行っても報酬が少なくなり、コストの割合が上がることになる。外部委託をしないと運営(検査室)が難しくなります。ただ価格(契約金額)にだけこだわると検査の精度が低下する危険性があります。新しい検査を院内で実施することもコストを考えると委託するしかないと思います。
(医療法人、300～399床)

包括化や、指導の中に検査が組み入れられると検査料の把握が困難になり収支の算出が困難となる。包括化することにより、検査を実施しても、しなくても収入が変わらないならば、経営重視の医療機関は検査を実施する頻度が減少するのではないかと。仮に、必要な検査まで実施しないのであれば、患者本位の良い医療はできない。患者本位の良い医療を実施するには、検査に関しては疾患別EBMを確立することが急務である。
(公立、150～199床)

必要な検査がされなくなる恐れがある。疾病毎の検査のガイドラインが必要になる。
(学校法人等、200～299床)

採算性の悪化
(国立、200～299床)

検査項目の減による診断ファクターの減少…リスク問題。
(個人、150～199床)

検査項目数が制限を受けるようになり、疾患の見落とす原因となりうる可能性がある。限られた検査で原因を検索する事は難しいと考える。しかし、診断がつき、フォローアップのための検査であれば、必要最低限の検査で十分と思う。
(医療法人、200～299床)

検査の実施料(保険点数)が減っていく為、臨床検査技師雇用の問題が出てくると思われる。
(医療法人、～149床)

①包括的支払いによりFMS、プランチが導入(一部大学病院で実施)により医療事故対策、チーム医療に検体検査からの意見が出にくい。②①により患者サービスが低下する。③各医学書でも新しい検査が書かれているが、実施しにくくなる。④包括的支払いにより病名、治療の情報が減少しないか不安。
(医療法人、～149床)

既に採算割れとなっている。病院が外注する動きにしかならない。
(学校法人等、400～499床)

検体検査件数の減少
(国立、200～299床)

検査件数の減少が必至であろう。Drの知識・経験が最重要となると思う。医療は治癒して当たり前と一般の方は考える。だが必要最低限の検査は必要で、それさえ現在の報酬は少ない。更に検査の減少が進めば、診断が不確定のまま治療が始まる率が高くなり、それこそ医療費が増えていく事になるのではないだろうか。患者不在のシステムと思う。
(医療法人、～149床)

検査項目あたりの費用設定ができなくなり、検査の実施には、試薬、人件費支出のみが計算され、必要な検査が実施されなくなる可能性がある。
(学校法人等、400～499床)

包括的支払いにより必要な検査までもが抑制される恐れがある。検査収入が出せなくなり、検査収支ができなくなる(医療全体での検査費用として算出することになる)。
(学校法人等、300～399床)

検査依頼の減少、検体検査の衰退
(医療法人、200～299床)

全体的に検体数は減少するでしょう。追加項目が増え、煩雑になる(一定の検査報告が出てから)。試薬の無駄が出てくる心配がある。あとは実際、実施しないと分からない部分が多い。
(公立、400～499床)

検査項目の減少
(公的・社会保険関係、400～499床)

検査料収支管理が出来なくなる。件数の減少、それに伴い、異常発見率の低下、遅延。機器・試薬の低コスト化による精度低下。全体低コスト化により、人員の減少。
(学校法人等、400～499床)

検査部門の収支の管理ができなくなる。
(公立、500床以上)

Drの教育も再度やっていただきたい。例えば、赤沈とCRPは同時に算定できない。日本の医療は将来、DRGに進むのですから！！
(公立、400～499床)

実施項目を削減→病名の早期発見遅れ
(医療法人、200～299床)

検査収入が分からなくなる。
(公立、200～299床)

精度・コスト以外に迅速性が要求されると考えられる。迅速性を上げるため、手作業と機械化のバランスを調整していかねばならない。また迅速性に伴い、生じる事故に対する防止及び事後対策が必要となると思う。以上を間違いなく運営するためには、スタッフのスキルアップは基本的に重要となる。
(医療法人、300～399床)

検査項目について採算面からのセレクトが中心になり、検査収入が不明になって来るのではないかとと思われる。又、検査項目が制限されることによって、診療目的以外の疾患が見落とされる事例も多くなるのではないかとと思われる。
(公立、500床以上)

項目包括が厳しくなれば臨床医の早めの確定診断が出来なくなるのでは？
(学校法人等、200～299床)

検査実施料が見えなくなるため、検査部門の収支関係が難しくなる。DPCが一般病院にて実施された場合の実施点数の領域が不明な点。
(公立、200～299床)

依頼件数が減ると思う。
(医療法人、～149床)

検査実績がわからなくなる。①検査料の評価が不明確になる。②外注費の単位が不明確となる。
(公立、～149床)

診療項目における検査項目の依頼が適正にできない状況になると思います。
(公立、500床以上)

検体件数が減少し、技師の働く場所が狭くなる。それに伴って、ベッドサイド検査、病棟採血が行われざるを得ないだろう。患者に対する検査の説明、内視鏡検査技師、糖尿病指導師などの重要な職種となると思う。
(公立、500床以上)

忙しくなる割には、検査室の収支状況が厳しくなることが考えられます。
(公的・社会保険関係、200～299床)

1検体当たりのコスト
(公立、～149床)

外注化の促進と人件費の問題。
(医療法人、～149床)

問 18にあるような検査収入にこだわる調査への回答が困難となる以外、実務上の支障はないと考えます。
(公立、150~199床)

検査収益が分りにくいため、機器購入、人員増等の根拠が乏しくなる。(支出だけが目立つ)検査部の実績の評価が難しくなるのではと不安である。一気に外注化の嵐がやってくるのでは……。
(公立、400~499床)

手間がかかる・自動化にならない・コストが高くなる検査等は委託が多くなると思います。
(公立、~149床)

包括により検査項目をどうするのか。経営優先して必要最小限又はそれ以下になる可能性もあり得る。いずれにしても経営者及び病床医の考え方である。検査室としては明確なる検査収入が算定できなくなる。検査部の経営的価値がなくなる。病床側にはサービス部門としてチーム医療、病棟検査技師、採血等を行ったとしても、検査技師、病院検査技師の安定的地位の確保ができるのか。
(医療法人、300~399床)

ドクターからの検査項目依頼は少なくならず、検査数だけの収入が入ってこなくなり、検体数は増えていくのに検査室の収入は上がらない。仕事は忙しいのに収益が上がらないので人員も抑えられてくる。また、人間を入れてもらっても人件費を安くした契約社員、パートが多くなり専任技師を育てにくい環境になってくる。
(医療法人、300~399床)

検体検査件数の減少、診療報酬の減少
(国立、150~199床)

必要な検査であっても検査しなくなると思われる
(医療法人、150~199床)

コスト(支払う料金)の問題により、臨床への検査情報(データ)の幅が減少する。
(医療法人、400~499床)

検査回数が減り、病態の変化を捉えにくくなる。院内感染やアウトブレイクに対する対応が遅れたり、不十分になる。必要な検査もカットされる。
(公的・社会保険関係、400~499床)

本来必要な検査がオーダーされなくなる可能性。
(医療法人、150~199床)

高度な検査、検査回数の減少
(医療法人、150~199床)

検体検査の点数制が包括的支払いにより、不明確なものになる。医療の質が担保に取られていることを考えると検査の質のレベルの確保が難しくなることもあり得る。検体検査項目の診断的価値の変化に包括的支払いの中で変化対応できていくのか疑問もある。
(公立、~149床)

採算制を考えれば希薄な診療になっていくのではないだろうか。
(医療法人、300~399床)

多項目検査実施の割に収益が少ないため、必要な検査もカットされる。
(公的・社会保険関係、200~299床)

検査料>保険請求額のケースが増える。
(医療法人、150~199床)

検体件数が減る事
(公立、200～299床)

現在保険報酬が減ったとはいえランニングコスト自体が非常に低い検体検査であるため、管理加算など付加価値的な条項の有無にもよるが、コストの安い項目を上手く組み合わせれば出費は抑えられるものと考えられる。問題は病院首脳部の考え方にあると思う。
(公立、400～499床)

検査件数の減少に伴い試薬ロスが多くなり採算が取れなくなる。院内実施が難しくなる。
(医療法人、300～399床)

医療における高い質の総合的サービスを行うためには、根拠に基づいた臨床検査が望まれることから、包括的支払い方式が施行されても診断・治療上の経過観察に必要な検査項目には大きな変化がない場合、検査部門の収支管理が厳しさを増し、人件費の削減を第一に考える。
(医療法人、400～499床)

包括的支払いのうち検体検査の占める割合によっては検査内容を薄くしていかにざるを得ない状況が生じるのではないかと考えられます。収入に対して中小規模の検査室では委託にたよるしかないので、検査料等の問題で検体検査の現場の必要性和相反していくのではないかと考えられます。老人保健等で請求できない項目も多々ある状況の中で厳しいと考えられます。
(医療法人、～149床)

質の低下？
(医療法人、～149床)

現在のように病院経営の困難な状況下で診療報酬の包括的支払いの割合が増えてきた場合、検体検査をできるだけ控えるようなプレッシャーが医師にかかり、十分な医療が出来ない検査環境になる可能性が高いと考えられます。
(学校法人等、200～299床)

検査を利用する側が、適正な検査項目の選択、頻度に従い実施しているか現状でも危惧がある。包括的支払いの導入により検査のコストだけを考慮して患者にとって必要な検査までもカットされてしまう危険性を懸念する。結果的に患者の病態を悪化させ、現行以上の経費がかかる事態も招きかねない。病院検査室が正しく評価されているとはいいがたく、現在は主に、検査室の経営状態、つまり収支状況で評価されていたが、包括が増加することにより検査室の評価基準がどの様に変化するのかわからない不透明である事。検査室の評価が厳しくなり、最終的に患者に対するサービスが低下することを懸念する。
(学校法人等、500床以上)

検体検査点数の包括化が進めば、病院の収益は必ず低下すると思います。検体検査の事で言うならば、診療面での必要性和経営面での経済性を考えながら検査の依頼される勤務医が院内にどの程度おられるのが病院の収益面で重要だと思います。勤務医の中には、診療報酬の包括化は知っているが、検査に関してはコスト意識が低いせいなのか、院内検査や外部委託検査に関わらず、診療報酬面で同時依頼が認められていない検査項目を依頼したり、同一日に数度にわたり同一項目の依頼をする事がある。このような事を考えると、診療報酬の包括化が進めば検査の依頼項目を吟味していただかないと、検査の収益性は低下するものと思います。
(公立、200～299床)

①コスト面より検体検査を控えざるを得なくなり、粗診粗療を招き、医療水準の確保が困難となる事が予想される。②検体数の少ない特殊検査のみならず、迅速性、チーム医療の実践性の面から、本来院内検査が望ましい一般血液検査、生化学検査の外注化が促進される。③検査の原価計算、採算性の評価が困難となる。
(公立、200～299床)

包括化以外の検査試薬が無駄になるので、包括内項目での指示をお願いします。
(公立、400～499床)

検査件数減少によるランニングコストの上昇
(学校法人等、150～199床)

経済的貢献度がわからなくなる。
(公立、500床以上)

包括的支払いが増えていけば、検体検査部門の外部委託が増加するのでは。ひいてはランチ化、FMS化が増えるのではないかと思います。そのような傾向にならないために技師自身が将来を見極めて行かなければならないと思います。
(公立、400～499床)

経営のことを考えていくと、必要な検査もできなくなるのでは。クリニカルパスなどが入ってくると検体検査は抑えられていくと思う。よいことでもあるが、本当に必要な検査をやっても病院の持ち出しになるようなシステムはやめてほしい。
(医療法人、200～299床)

対象疾患のみにターゲットを絞った形で検査が実施される事により、影に潜む病気などを見落とす恐れがあり、医療そのものの質が下がる可能性があると考えられる。
(学校法人等、150～199床)

検査を控える傾向が強まると考える。施設によっては必要な検査も行われない事も考えられ、患者にとっては不利益（誤診、見落とし）もありうる。
(公立、～149床)

必要以上に検査出検数が制限され、診療精度の低下が懸念される。微生物検査において、手間とお金のかかる項目については行政検査の依頼が増える。症例によって必要な頻回の検査により、経費がかさむと懸念される。
(公立、500床以上)

院内で検査点数を実績と考える事が不可能となる。検体検査の評価法の概念を変える必要はあると思うが、当院においては診療科ごとの評価をするためそれほどの変化はないと思う。
(学校法人等、300～399床)

検査件数が増加しても検査収入が増加せず、検査部の立場が悪くなる。
(公立、400～499床)

検体検査としての収益が見えない。検査項目の設定と検査回数の見なおし。
(その他、400～499床)

①包括になっても必要な検査はたとえ点数がとれなくても実施するため、検査室の利益分がどんどん少なくなる。医療ミスを起こさないためにどうしてもするものがDrサイドにはあると思う。②検体検査が技術的な仕事としての評価が低い事が問題である。③精度管理にしてもいかに真の値に近い値に機械試薬の選択をする事が評価されないのはおかしい。
(公立、400～499床)

委託先が項目数を決めてくる。増えた場合その項目数に合わせて増額になる。
(医療法人、～149床)

包括的支払いになれば検査件数の減少と検査の低コストが求められ、外部委託化が進むものと思われる。これにより中小の病院では院内検査科での緊急検査対応項目の減少等により医療の質の低下が懸念される。
(国立、400～499床)