

“必要十分”な検査が行われるかどうか。臨床診断に見合った検査項目の決定等クリニカルパスの中で考えていく必要がある。  
(公立、500床以上)

必要な検査が抑制される。経営上から院内検査を縮小せざるを得ない。  
(医療法人、300~399床)

コストを考えた場合、必要な検査が省略される可能性(患者さんを診断する上で)がある。  
(医療法人、~149床)

検査項目の有用性あるなしで項目が淘汰される。  
(医療法人、300~399床)

病院の利益を上げるため必要最小限の検査のみ行っていくと思います。人件費も抑えるために少ない人数で非常勤等もいれて検査していく可能性があり、その場合の医療ミス等はとても怖いです。  
(個人、150~199床)

検体検査の見なおしがあり、類似の検査は淘汰され、本当に有用な検査が実施されると考えます。  
(学校法人等、500床以上)

必要な検査を一度にできなくて再診の度にするようになり、早期発見診療の妨げになることもあり得るだろう。  
(公的・社会保険関係、400~499床)

コスト抑制のため検査ができなくなる。  
(医療法人、300~399床)

有意義な検査が実施できない？  
(学校法人等、200~299床)

現段階では生化学の包括項目も理解していない(または理解していても実際の依頼ない様とは違う)医師が多いと思う。診療内容によって包括化が行われれば算定できないものが増えると思う(赤字)。もしきちんと包括通りに検体検査が行われれば件数は減るかもしれないが効率が上がるかもしれない。診断者による包括的支払いが行われる事になれば診療の質の低下を招きかねない。  
(公立、~149床)

的確な検査項目の選択はもちろん必要と思いますが、除外診断としての検査項目の選択もあると思いますし、臨床診断の修正をもたらす検査もあると思われます。無駄の名目で必要以上に検査が削られる可能性もあると思われます。また、生化学検査等において、多項目包括規定にて現在でも項目数に縛りがあります。さらにこれ以上の削減を行ったとして、真の無駄の削減になるかは疑問です。  
(国立、200~299床)

最終的には患者様へのサービス低下になると思う。  
(公立、150~199床)

臨床医は、より多い情報の必要性を感じていますので、試薬をより安価にしてもらうか、機器の自動コンバクトタイプで購入しやすい価格のものがあれば病院負担が軽減されると思われる。項目数の絞りこみは限界があるでしょう。点数はこれ以上低くなりますと、検査困難な対応にならざるを得なくなる可能性が推測されます。  
(公立、200~299床)

検査項目、回数の減少による検査収益の悪化、病院収支優先の過少診療等が考えられる。  
(学校法人等、~149床)

検査収入が不明確となり、その結果検査室の収益性が不明となる。  
(医療法人、300~399床)

①念のために行う検査は減り、検査項目が厳しく選択される。②他院に患者紹介する場合、自分の病院ではなるべく検査をしないで紹介してしまう事が多くなりそう。  
(学校法人等、~149床)

検査項目の包括的(まるめ)な形態がさらに進むであろう。検査実施料等は診療報酬改定ごとに引き下げられる中で収支のバランスが崩れるであろう。経営側はアウトソーシングにて対応を考えるであろうが、外来等ではサービス向上のため迅速な検査報告は不可欠となっている。全体として真面目に仕事をしているところほど益につながらない構造がある。  
(学校法人等、~149床)

保険点数と検査原価で逆鞘(マイナス)となる可能性がある。包括化された点数内で検査の占める割合が不明瞭となる(採算性が計算しにくくなる)。  
(公立、300~399床)

よりいっそうのコスト削減が必要となる。  
(不明、不明)

予測される事は必要最低限の検査になると思います。今まで確認のためにその都度行っていた検査は減少し、検査センターの収益減につながっていくのかな?国の支払いを抑える面ではある程度の効果はあると思いますが、患者側に何等かの不都合が生じるかもしれません。病院の収入減→検査センターの収入減→すべてのコストの見なおし等、連鎖的に波及するかもしれません。  
(医療法人、~149床)

必要な検査項目のみ出されるため今よりも検体数は減少すると思われる。  
(医療法人、~149床)

検体検査項目数について必要最小限とせざるを得ないため、データ不足が起こると考えられ、診療情報の低下及びそれから発生する二次検査の必要性から、患者の労力、医療費負担等のサービス低下につながるのではないかと?  
(公的・社会保険関係、300~399床)

検体検査の減少が続く将来的には、FMS、外部委託の問題が浮上してくるのではないかと?  
(公立、200~299床)

検査件数の減少(検査控え)による病院検査室の減少と、精度の低下。外注先の統廃合による選択性の低下とコストアップ。  
(医療法人、~149床)

検査件数減少→コスト高→検査間隔の延び(鈍速化)→外注と比較してのメリットである迅速性が失われる→外注へのシフト→検査知識のノウハウの蓄積低下→検査の発展の停止→医療の発展の遅滞/国家レベルでの検査に関する競争力低下(検査試薬・機器メーカーの競争力低下)(学術における競争力低下)  
(国立、500床以上)

検体検査部門についての実績を正しく評価する事が困難になる。  
(公立、500床以上)

現在の質を維持していくためには検査内容の見直しと各科のクリニカルパスが必要である。包括化されても臨床がほしい情報は変わらないと考える。  
(医療法人、400~499床)

体力のある病院とそうでない病院との間で検査サービスに格差が出てしまうのではと思う。ルーティン化してしまい現場でのモチベーションが低下してしまう。  
(医療法人、~149床)

包括が増えれば増えるほど検査の収益が表面に見えなくなり、病院全体の検体検査の立場が小さく見られ、検査室内でも立場的に弱い部署と技師間でも考えられがちだ。  
(公立、300~399床)

増えていかないのでは。  
(医療法人、150~199床)

疾病による検査依頼になるため隠れた疾病が見つげにくくなる。  
(公的・社会保険関係、300~399床)

検査部門の収益性が見えにくくなる  
(公立、400~499床)

粗検査(必要な検査まで省く結果になりかねない)による医療の質の低下  
(学校法人等、400~499床)

過剰検査のコントロール  
(医療法人、400~499床)

①不採算項目の増加 ②検査件数減少により不採算項目の増加に伴う外注化の促進 ③外注化による検査精度の低下(経時変化や凍結融解の影響) ④外注化による検査報告の遅れ ⑤外注化による検査依頼の縮小 ⑥異常値・異常細胞・感染症の疑いなどの場合に迅速に対応できない ⑦外注の場合、異常値・異常細胞・感染症の疑いなどの場合に臨床医と緻密な連携がとりにくい  
(公立、300~399床)

必要な検査項目を無料で実施することが多くなる。必要な検査をしなくなり、医療レベルが低下する事がある。パターン化した検査オーダーになりがちでむしろ無駄検査も出てくる。  
(学校法人等、500床以上)

検体検査においては検査件数(項目数)が減少するだろうと思う。必要最低限の検査を行うようになるだろう。(医療費抑制のためにもよい方向性だと思う)検査化の実績は減少傾向となり、立場的にはますます厳しい状況となりそうだ。  
(公的・社会保険関係、200~299床)

診療報酬の減少に伴い、試薬等の精度が落ち、検査自体の信頼性が損なわれていく危険がある。合併症等(単一の疾患でない人)を持っている人の検査が「丸め」では発見されにくくなる。  
(国立、300~399床)

件数と点数が月報、年報で集計できたが、包括化すれば明確な病院収入検査点数が集計できない。必要な検査だけがオーダーされ全体の検査件数は減少すると思う。  
(公立、500床以上)

検体数に対する収益性が判らなくなる。経営面の指示を何にすれば良いのか?今後包括になれば1項目ごとのコストが指標になるのだろうか?包括になると検査の判断料や管理加算が見えなくなるので1項目のコストを指標にしても、一見経費ばかり増えて収入が少なく見られるような気がする。  
(公立、400~499床)

症状の安定した、特に療養病院の患者さんで、無症状の時の病気に対して早期発見が遅れる可能性がある(定期的な検査が実施されなくなる恐れがある)。  
(医療法人、~149床)

包括であっても診療に必要であれば出検されると考えられる。検査を実施するに際して、更なる機器、試薬、材料のコストダウンが迫られる事となり実行も必要、また卸メーカー等の再編も起こり得るものと考ええるし、起こるべきである。  
(医療法人、200~299床)

医師が詳しく検査したという検査が減少し、それが患者様に影響が出るのではないかと考えます。  
(その他、～149床)

検査項目が減って診断が間違ってしまう可能性がある。  
(学校法人等、～149床)

包括的支払いの割合が増すと病院の収益性が減少するのは明らかではあるが、包括という問題上著しく検体検査が採算性から見ても減少する方向にあると思います。また、データー、ケアなど質の低下が起こってくるのではないかと。  
(医療法人、～149床)

診断上不必要な検査は当然なくす事で良いが、必要な検査を実施して的確な診断ができる様でないとい患者にとっては大きな不幸となる。臨床検査に関する医師教育の充実が望まれる。  
(公立、200～299床)

検査項目の制限、件数の減少等が考えられ、検査室の維持、技師数の確保等が困難になると考えられます。  
(公立、300～399床)

無駄な検査が抑制されるのは良い事だが、必要な検査まで抑制されないか。そうなれば患者さんにも悪影響を及ぼす。検査料としての収益が見えなくなり、検査にかかる支出ばかりが目立ち、検体検査の軽視、専門性への評価が下がる心配がある。  
(学校法人等、400～499床)

臨床にて診断・治療に必要な検査を行えない。  
(医療法人、300～399床)

収益性を重要視していくと考えられるため、検体検査は外部委託化が進み、また検査項目数が減っていくと考えられる(検査は最小限にとどめられる)。  
(公立、300～399床)

検体検査の実績が数字で表せなくなり、検査することにおいて検査室のアピールはしにくくなる。また、高額であるが必要な検査の扱い方が不安である。  
(医療法人、150～199床)

検体検査数の減少→検体数が減少した分、業務の効率化を図り、より臨床に近づく必要あり(感染対策室への専従者配置、採血への参入 etc)  
(個人、300～399床)

検査の収益がわからなくなる。他の施設との比較で原価のみの比較になる。経済効率を上げるために精度を保つのが困難になる恐れがある。  
(公立、500床以上)

本当に必要な検査を見落とす可能性が高くなる。質の高い検査ができず患者さまの迷惑となる。  
(医療法人、～149床)

検体検査による収入が今以上に判然としなくなる。そのために部門ごとの収支の計算は不可能で無意味。従って施設全体でのコスト削減が課題となるが、アウトソーシングによりコストダウンを図れるとの見方は、施設全体のパフォーマンスの低下と医療の質の低下を招くのではと危惧される。  
(国立、200～299床)

必要最小限の検査しかしなくなると思われる(必要な検査もしなくなる)。症状が悪化してから検査するので回復も遅くなると思われる。患者さんにとっても包括化されればマイナスの要因が多いように思われる。  
(医療法人、150～199床)

検査に対する対価が不明確になる。そのため検査の実績が明確な数字で表せなくなる。  
(公的・社会保険関係、500床以上)

精度の高い緊急検査(院内検査)の存続  
(医療法人、150~199床)

コスト意識が優先すれば、真に必要な検査が行われなくなる危険性がある。  
(国立、500床以上)

投与薬剤によっては投与前後の数回実施を必須とした項目が多々あり、すべての検査が包括となると治療方針ももちろんであるが、経営的な採算はどうなるのか。持ち出しになる。例、第XIII因子等  
(医療法人、150~199床)

診療報酬支払いにおいて、将来包括的支払いの比率が高まっていくと考えた場合、検査の実施量は現在よりも減少していくと考えられる。このことにより検体検査に従事している職員のマンパワーの効率的な活用がチーム医療の見地から問題となる。  
(学校法人等、500床以上)

実施量が減少しない場合、収益減になること。外注委託費が出来高制であるので収益に対して割高になる。その他。  
(公的・社会保険関係、150~199床)

採算性重視から検体検査は必要最少限以下となり、減少を予測。件数の減少は人件費削減につながり、チーム医療の低下となり患者への負担の形ではねかえる。必要な検査まで減る結果、患者サービスの低下、患者の不利益になる可能性が大である。件数の減少は医療関連業界全体に大きく影響し、リストラの拡大、社会不安の一因となる。  
(公的・社会保険関係、500床以上)

損益分岐点が不明確になり、適切なコスト管理ができなくなる。~安ければ良いに傾いていくのではないか。  
(公立、400~499床)

採算割れが予想される。査定の対象項目が増える。  
(公立、~149床)

検査件数減少による売り上げDOWN  
(医療法人、150~199床)

外部委託が増えてくると考えられる。  
(公立、150~199床)

Drは包括内容では満足せず、追加検査を出しその分病院の負担増となる。  
(公立、300~399床)

検体検査にとっては外部委託したほうがコスト面から見れば格段の差があるため、経営面からは外部委託は進めて行きたいのではないだろうか。技師の立場としては病院職員としての検査技師と委託先の技師では病院の業務を改善し、推進し、チーム医療を行っていく上で契約で働く委託職員では役目は果たせないのではないだろうか。  
(学校法人等、300~399床)

利益、採算性重視の徹底がなされれば検査数が激減し、委託形態(FMS、ランチ含む)が急増すると思われる。さらには委託業者内での人件費の抑制が進み、無資格者が増えてくる事も懸念される。結果として病気の見落としや検査精度の劣化、チーム医療に関わる人材の不足など医療レベルがどの程度保てるかが問題である。  
(医療法人、150~199床)

適時に必要な検査ができなくなる。全身管理という点での検査ができなくなる。検査実施の把握がしづらくなる。

(学校法人等、200～299床)

質の高い医療を求められる中で、定額制度は医療の荒廃を招く危険性が大で医療訴訟も増えると思われる。

(公立、400～499床)

検体検査の基本的な部分についての管理が不十分となる可能性がある(検体の管理、精度管理、チェック体制…)。

(国立、不明)

個々にあった医療が受けられるか。医療の質の低下が懸念される。

(医療法人、400～499床)

必然的にある程度まで検体数は減ると思います。しかし従来までは包括を念頭に置かないでオーダーしていたものが中身のあるオーダーに変わるかと思えます。臨床検査科としては今まで以上に診療側に付加価値のデータ、積極的にクリティカルパスへの参加、臨床支援と検査室から一歩出て、検査領域を広げていかなければならないと思います。

(公立、400～499床)

検査による病院の収入が減少する。

(国立、400～499床)

スクリーニングやセット項目の削減による検査依頼の減少。臨床的に疾患見落としの危険。検査収益の不透明化による経費・人件費の圧縮。ランチの推進。チーム医療、POCTの後退。画一的検査による技師の士気の低下。検査の質の低下による過誤事故の危険。

(公的・社会保険関係、500床以上)

採算的に支出のみが重視され、ややもすると必要な検査も実施されない事も想定され、医療の質の低下はもちろん、訴訟が増加する。クリニカルパスの効果的活用で重複検査を削減する。

(国立、500床以上)

検査室の収益がわからなくなる。

(医療法人、150～199床)

包括的の支払いにより検査はいくら実施しても料金は同じですから、患者さんによっては検査の減少が考えられるが、それぞれの施設にてクリティカルパス(検査)を導入することにより、検査件数の固定化を図ることにより、検査減少を抑制できうる。

(国立、500床以上)

採算が合わなくなる比率が大きくなる。採算を考えていくなれば、検査項目が制限され臨床側の要望に応じられなくなる可能性が出てくる。

(公立、～149床)

包括化が進むと従来念のために行っていたような検査は減少していくと思われれます。院内検査室にとっては効率が悪くなり、一検体の単価が上昇したり、採算性の計算ができなくなったりと問題も多いと思います。しかし本当に必要な検査は緊急で行わなければならないものは絶対になくならないと思うので必要な時、必要な検査を迅速に行うことが大切だと思います。

(公的・社会保険関係、200～299床)

定められた包括項目で診療側は守っていただければ良いが、絶対ありえない事なので診療報酬に見合わなくなってしまうことが予想されますが…

(学校法人等、400～499床)

検体数の減少に伴う臨床検査技師の人員削減。  
(公的・社会保険関係、300～399床)

①患者ごとの検査項目数の絞りこみが行われ、従前のような漫然としたセット検査からの確な少数項目検査に移行する。したがって各検査項目の持つべき意義が高まる。②総体的に件数の減少傾向が必須となる。  
③不採算項目は外注化される。  
(国立、400～499床)

臨床サイドの要求項目と実質収支のアンバランス。  
(公立、200～299床)

検査項目数、検査数の減少は必至であるから検査自体画一的になってしまい、病院検査室はこの方面からも外部委託が進行する。検査技師は追い討ちを掛けられた格好になり雇用不安が増し、検査に対する興味・意欲を失う事になる。期してこの30年発展を遂げてきた臨床検査は負の転換を迎える事になる。  
(公的・社会保険関係、～149床)

①検査が抑制されるようになり無資格者による検査(外注、委託)が増加する。②院内において検査実施者の規定を明確(責任所在)にする必要がある。今のままだと外注(ランチ)等では問題が発生した場合の責任がどこにあるのかわからなくなってしまう。  
(公的・社会保険関係、300～399床)

医師の必要だと思う検査項目は今まで通り減ったり増えたりしないと思います。点数が下がる事により採算が合わなくなり外注にすると患者様が一番被害というかデメリットになると思います。  
(学校法人等、300～399床)

検体数が減少していく。検査点数(稼働)の占める割合がわからなくなる。  
(医療法人、300～399床)

コスト意識の増加により検査件数の減が生じる  
(国立、300～399床)

採算性ばかり重視される事につながり質のよい医療が望めなくなる。  
(公立、150～199床)

検体検査の収入が掴みにくくなる。採算を考えると検査数が減ってくる。質の低下を生じる。  
(医療法人、150～199床)

検体検査の減少に伴う採算の合わない項目の増加。臨床上必要な検査の選択が限られて、サービス検査が増加し検査部門の赤字の増大。  
(学校法人等、150～199床)

検査の依頼が減少する。そのため検査室自体の存在価値が薄れる。  
(学校法人等、150～199床)

病院側の持ち出しが増えていくために、検体検査を院内で行うとtotalに見て赤字になってしまう。そうなっていくと外注が増えるのではないか。  
(個人、200～299床)

病院として疾患ごとのバスや EBM を十分吟味して取り組まないと検査に関わるコストが無駄になるケースが増える。また、検査を行わないことによるデメリット（例えば、合併症の見落とし、症状の見落とし、医療訴訟など）が発生しやすくなる事から、検査の質を大前提にしてこれらのことの取り組む必要があると考える。さらに、EBM を根拠としたバスを推進し、チーム医療の一つとして検査を位置付けるべきである。固定費削減という経営面からのアウトソーシングは十分考慮すべきである。しかし、安易な導入は担当者の教育、学生教育、他施設からの研修受入、業務拡大、検査支援等で一端低下した業務をもとに復するには多大なエネルギーを必要とする事から、導入前に検査の質を向上のために全病院を上げて何が問題かを正確に把握する作業が必須と考える。とくに、院内検査実施体制による効果は職員のモチベーションを含め計り知れないものとする。

(国立、500床以上)

包括化により検査の回数等に締め付けがくることが考えられますが、本当に必要な検査が省かれる事により迅速な診断に影響が出ることを懸念しています。

(公立、400～499床)

すなわち臨床検査はコストを産む部門になってしまうわけだが、質の医療が問われる昨今、evidence のない医療はありえない。経営者は目先のコストカットのために薄利多売の悪質な委託業者を選択することになる。医療の質は低下し医療事故が多発する。

(医療法人、500床以上)

サービスの扱いとされる項目が出てくるのが多くなる。

(医療法人、150～199床)

診断・治療の手段として実施される検体検査項目に一定の基準が示されていない現状では診療の厚みにより不平等を生じる。さらには検査項目不足による誤診・医療事故を招く。医療訴訟も増加する。

(医療法人、400～499床)

検査の依頼件数の低下。ランニングコストの低減の必要性。

(公立、200～299床)

検査実施量のコストが高くなる為院内検査機器の整備資金の調達が難しくなり、検査室の運営が厳しくなる。また検査コストの増加によって検査スタッフのスキルアップが図れず、人員の確保も困難になってしまう。

(公的・社会保険関係、400～499床)

作業実績を何で評価するか。他と比較する資料がなくなる（収益率、生産効率、損益分岐点等の指標で判断できなくなる）。収入のない仕事は努力目標が立ちにくい。技術目標と収支バランスの両面が必要である。

(公的・社会保険関係、500床以上)

検査が必要最小限の項目のみを行うことになり、コストが第一に出てくると考えられます。このことにより従来検査していたものが項目からなくなる事により、スクリーニングにも影響が出ると考えられます。

(医療法人、～149床)

医療機関における質の低下。

(医療法人、300～399床)

目先の利益優先であれば必要な検査までもが提出されなくなる。検査室にとって収益状況の把握ができなくなる。人員の減少によって検査ノウハウの蓄積ができなくなる。

(公立、150～199床)

検査依頼項目が減少する（限られる）ことによって、病気の見逃しが生じる。

(医療法人、～149床)

検査検数が減少していくことが予想されるが大きな減少はないと思う。

(国立、500床以上)

検査項目の選択が重要になる。  
(公立、～149床)

早期治療のための検査(緊急検査)は増えると思いますが、慢性期に対する検査(定期検査)は減ると思われ  
ます(トータル数の減少)。定期検査の減少により違った早期な病気は見つかりにくくなる(生化学検査  
はセットでの出検が多い為)。  
(医療法人、200～299床)

医療の効率化や医療費の削減などの目的で包括化が進む中、検体検査は人の「命」を測る医療行為であり、  
診療報酬の包括のもと、検体検査の省略化や縮小化などの問題(EBMを無視した、経営のみを重視する問  
題)が発生し、粗診粗療につながり、最終的には患者に被害が及ぶのではないかと考えている。  
(公的・社会保険関係、400～499床)

患者からの要望のある検査の報酬が払われない。感染を否定する検査の報酬が払われない。  
(公立、500床以上)

検体数の減少=採算  
(公立、200～299床)

検査数の減により、疾病の見落としが生じるのではないかと。  
(公的・社会保険関係、150～199床)

検査室としての純収益の計算が難しくなる。  
(公立、400～499床)

疾患に必要最低限の検査が実施され効率的な検査依頼体系が構築される。反面見落とされる場合も考えら  
れる。検査収益が減少することによって、病院検査室での検体検査のあり方が問題視され、検査室の付加  
価値への論戦となり、病院検査室の存続が危ぶまれます。  
(公立、300～399床)

細かなケアが出来なくなるのではないのでしょうか。  
(医療法人、150～199床)

経費の削減  
(国立、500床以上)

検査項目が制限される  
(公的・社会保険関係、500床以上)

包括化が進んだとしてもやるべき検査は実施しておかないと、裁判にまけるので、採算も考えながらも項  
目数は変わらない。  
(公立、500床以上)

総合病院ではスクリーニング的に多くの検査項目をおこなう必要がある。そのためのコストがかかり運営  
に問題が生じる。検体検査で尿、血液検査項目(特に化学検査項目)が包括支払い、は困る。  
(医療法人、500床以上)

疾患別検査項目選択の理由付け  
(学校法人等、200～299床)

本当に必要な検査を経営面から抑制する可能性がある。  
(医療法人、150～199床)

臨床医によっては検査をしなくなるかもしれない。(または検査項目数が減る)  
(学校法人等、200~299床)

検体検査は尿、血液も含めて基本的な検査であるのに包括も度が過ぎて、もはや施設内で分析機の購入もままならなくなってしまった。このままだとFMS、ランチは一層増加し、病院検査室は成り立たなくなる。センターは採算の取れる検査しかしないので検査化の収益はますます厳しいものになるだろう。  
(公的・社会保険関係、300~399床)

総医療費が高騰している原因の一つとして、不要な検査が多数実施されている事が上げられる。包括化による医療費の抑制と医療の適正化に期待したい。そのためには、継続的な評価と見なおしが図られなければならないと考える。  
(国立、500床以上)

検体検査における検査数の減少  
(医療法人、200~299床)

実質的コストを考えた場合は、検体数の減少が考えられますが、実際には依頼される医師の意識によるところが大きいと思われます。ただコスト削減があまりにも先行されると本来必要な諸検査の実施がなされず、患者さまの不利益につながる事が懸念されると思われます。  
(公的・社会保険関係、200~299床)

1.検体検査の報酬が計算できなくなる。2.包括に伴って必要な検査項目の実施が困難となり診察態勢に負の効果をもたらす。  
(医療法人、200~299床)

セット項目の選択がむずかしくなる。段階的検査のとり方がもどかしい(確定診断の遅延)。診察前至急検査の増大。外来検査の増加。検査機器更新のむずかしさ。新規検査導入のむずかしさ。現場へのコスト管理要求の増大。仕事の過重増大。  
(公的・社会保険関係、500床以上)

疾病の関係で本来必要な項目同士を包括することにより、病気の原因を見落とさないように、患者に不利益を生じることのないようにすること。  
(公立、150~199床)

検査収入が把握できなくなる。よってランチラボ、FMS等で収入の把握が出来なくなるのでトラブルが生じる。  
(国立、500床以上)

診断を行う際、測定可能項目が少なくなり支障をきたす場合が考えられる。経済優先のため診療に支障が出るのが考えられる。  
(国立、500床以上)

自分のオーダー意識だけでは解離がひどくなる一方です(請求とオーダーの)。  
(学校法人等、200~299床)

検査データ(項目)が少なくなる為、また検査回数が減少するため、病態の把握が困難となる。  
(公立、300~399床)

実施量が減り、診療の質の低下。細菌同定は実施量が増えていく可能性があり(特に感受性試験)、スペース等の問題が生じる可能性がある。更なる委託化。  
(公的・社会保険関係、300~399床)

検査総数は変わらないと思われるが、それに対する試薬等のコストを下げる必要があり、メーカー、卸等変更または減少が考えられる。試薬リース、FMS、最後はランチラボが増えるのではないかと。FMS、ランチラボでは臨床への信頼、サービス等が保持できなくなると思われる。  
(公的・社会保険関係、200~299床)

検体検査の収入がわからなくなり、採算管理が出来なくなる。  
(学校法人等、500床以上)

まず第一に検査(特に検体検査部門)の外注化が進み、検査項目も最低限に留められ診断力の低下が生じられると思われる。誤診、発見の手遅れ等十分に患者を診察できず、見逃し診療が日常茶飯事に発生する可能性がある。第二に外注化の方向に加速し、技師も片隅に追い出され、技師不在病院化が進む。現状でも中小病院はブランチャ化が進んでいるのに技師も失業方向へ加速するよう思う。  
(公的・社会保険関係、300~399床)

検査項目の削除のため、項目のグループ統合化や新しい検査法や新項目の追加が保険適用の取り扱いが困難となる等々。  
(その他、400~499床)

実施検査項目が今以上に抑制傾向が強まり、結果的に迅速かつ正確な診断、治療に大きく影響されると考えます。  
(個人、150~199床)

収支がつかない(経費が高くつく。また外部委託した場合収益が少なくなる)  
(国立、300~399床)

検査コストの適性価格の判断(機器、試薬、人件費、委託料金を含む)、病院負担の増加、病状の変化に応じた検査料(内容)の決定  
(学校法人等、~149床)

検体数は減少するであろう。ただし不要な検査はしなくて良いのである。また検体検査の精度を上げなければいけないであろう。  
(公立、200~299床)

検査はコストとなり、必要のない検査が依頼されなくなると考えられる。  
(公的・社会保険関係、200~299床)

こども病院という特殊なところなので診断がつくまでは種々の検査を行わなければならないので、今まで通り変化なくオーダーされていくものとする。収入と支出の割合がアンバランスになることも出てくると思う。  
(公立、200~299床)

包括的支払いに含まれる基本的検査に対する診療報酬評価が不明瞭となり、検査部門に対する診療貢献評価、特にコスト管理面で不正確になる。  
(国立、500床以上)

実施件数の減少によるコスト高。そしてコスト削減により精度管理がおろそかになる。  
(学校法人等、400~499床)

検査室においては基準となる価格がなくなり、すべての費用の削減となる。経営者においては多売薄利の委託に移行し検査室の縮小となる。  
(学校法人等、500床以上)

経験年数の少ない医師は検査結果がないと診断率が下がるのであまり検体数は変化ないと思われます(多少減少するとは思いますが)。病院管理者からの不採算検査項目の追及が困る。  
(公的・社会保険関係、300~399床)

治療の質の低下(根拠に基づいた治療がしにくくなる。病態の把握がしにくくなる)  
(医療法人、200~299床)

1.必要とされる検査が行われない場合が増える。2.不要な検査まで機械的に行われる事もあるのではないかと  
(特に外部委託をしている個人病院など)。  
(公立、500床以上)

必要と思われる検査が減る為に疾病の発見が遅れる。  
(医療法人、～149床)

検査科の収入が減少し、臨床検査技師一人当りの収益が減り、病院の中で存在価値が失われる。  
(公立、300～399床)

診療報酬の中での実質的な検査料の割合が曖昧になってしまい、検査科の売り上げが見にくくなる。  
(学校法人等、150～199床)

必要な検査まで依頼されなくなったり、検査測定のコストばかり先行して精度の低い検査ばかりになる。  
例えば定性検査で済ませ精密測定検査を実施しなくなる。  
(公立、200～299床)

検査点数が不明なため、収支計算ができない。  
(公立、～149床)

医師の包括化への理解度が問題になる。すなわち不必要な検査依頼を制限することが診療報酬包括化に対応する点と考えます。  
(学校法人等、500床以上)

検体検査における収入が把握できなくなる。  
(公的・社会保険関係、200～299床)

検体数の多少に関わらず、測定機器の管理や試薬の品質、検体データの精度管理等に要するコスト・人件費などは変わらないので、1検体当たりの単価が上がっていくと思われる。  
(公立、150～199床)

ポイントを絞って検査することは大切だが、スクリーニング的に検査することにより発見される病的変化を見逃すことが懸念される。  
(医療法人、200～299床)

包括支払いによる検査依頼の減少。結果的に院内での採算不良、外部委託となり得る可能性がある。しかし急性期病院では緊急対応は必須であり、中途半端な検査委託はかえって病院の経営に不利益になりうる。  
(医療法人、150～199床)

検査回数が増えても包括的に含まれるのであれば病院の収入が減算となる。  
(医療法人、200～299床)

検査実施の抑制化にともなう診療支援の低下が考えられる。  
(医療法人、200～299床)

収支比率の観点から検査必要度を全面的に見直し、法人化に対応する経営分析が重要となるが、対応がむずかしい。また、検査要員のアウトソーシングなども検討し、病院負担の軽減を図る必要もある。  
(国立、500床以上)

検査件数の減少あるいは検査件数の変化がない場合は検査を実施すればするほど経費がかさむ。  
(国立、500床以上)

包括支払い方式であろうがなかろうが、診断を外来診察時等で治療が必要な場合、検査結果なしで投薬が可能なのか？昨今の医療訴訟の多いことを考えると、慢性疾患でも必要な傾向が一層増えてくるだろう。収支を優先させ検体検査を減らす包括化対応した安上がり医療が氾濫してくると、EBMを満たさない医療がさらに増す傾向になるだろう。

(公立、300~399床)

検体検査の減少による1件あたりのコストの値上がりで採算の効率が悪くなる項目が出てくる。

(公立、300~399床)

検査部門の収支が悪くなり、ますます厳しい環境になる(当地域は高齢慢性症の患者が多く包括的支払いにはなじまない→検査項目や処置項目が多い)

(公立、150~199床)

検体検査の検数が減ることと考えると、それによる患者サービスの低下が生じるのでは。

(医療法人、~149床)

経営分析を進めるためには収支の管理が必要だが、DPCなど包括化が進むと部署単位の収入が掴み難しくなっている。

(学校法人等、500床以上)

診療報酬が出来高でなく包括払いになった場合、検体検査部門においては収支の管理がしづらくなる。また、生産性の分析も不明確になってしまう。完全なサービス部門となった時も費用だけははっきりわかるので、病院に対する貢献度が見かけ上低く扱われてしまうことが心配される。

(公立、300~399床)

専門外の検査が減り、新しい疾患の発見が遅れる。大幅な項目マスター変更が必要となる。専門医がどうしても必要と考える。検査に対してはますます病院負担が増える。

(公的・社会保険関係、500床以上)

基本的な検査とどうしても必要な検査の区別ができるため良いと思う。

(公的・社会保険関係、300~399床)

項目内容によっては、検体検査1項目の保険点数、委託業者が設定する単価の意義が喪失してくる考えます。単価売りを原則にする外部委託業者の利益のみが増える事になり、病院側収益はますます減じると考えられます。

(その他、400~499床)

検査件数が減少する。検査の精度が問われる。検体系職員の人員削減。

(公立、200~299床)

検査項目が規制を受けることによって診断に支障をきたす可能性が生じる。包括を無視すると収支のアンバランスが生じ経営を圧迫する事態も予測される。結果的に患者サービスの低下をきたす可能性が大きい。経営の圧迫を考えると精度管理や研究的解明意識の低下のつながり、結果的に医療の質の低下を招く可能性が潜むと考えます。

(公的・社会保険関係、150~199床)

検査の需要およびコストが増大する反面、検査による収入が激減して院内検査からの外注化が進むと思われるが、外注業者も多くの収入を見込めない事から、検査から手を引き他業種へ転換する可能性があると思われる。

(国立、500床以上)

検体数減少とそれに伴う検査収入減。収支改良(コストダウン)の中での検査精度向上。

(公立、~149床)

当院では絶対に起こらないが、他では検査を少なくするため見落としなどが発生するのではないか。  
(国立、500床以上)

27 採算が悪い、あるいは診療報酬に見合っていないとお感じになる検査分野・検査項目があれば、すべてお書きください。

1) 細菌検査 2) 病理検査  
(公立、300~399床)

ウイルス関連検査  
(公的・社会保険関係、300~399床)

細菌検査。神経生理検査。マルク。  
(公的・社会保険関係、400~499床)

細菌検査。病理組織検査。  
(医療法人、150~199床)

細菌検査  
(医療法人、~149床)

生化学検査  
(医療法人、150~199床)

①外来(再診)の包括部分~一般検尿、血液検査②免疫検査(腫瘍マーカー、HB検査、免疫グロブリン、アレルギー検査)③細菌検査~全て  
(国立、400~499床)

細菌検査  
(公的・社会保険関係、500床以上)

微生物検査、病理検査。24時間体制における緊急検査項目。  
(医療法人、300~399床)

PCR(結核菌、非定型抗酸菌)、結核菌検査全般、細菌検査(同定・感受性)、一般検査(尿一般)  
(個人、200~299床)

輸血検査、細菌検査  
(医療法人、150~199床)

緊急検査のみは報酬のことは考えない。採算はトータルで行う。  
(不明、200~299床)

尿検査における鏡顕で行う沈渣試験、血液検査(末梢血一式)など手間とコストがかかっている割に評価されていない。  
(学校法人等、400~499床)

細菌検査、輸血検査。  
(学校法人等、~149床)

輸血検査、病理検査。  
(医療法人、200~299床)

細菌・生理学・生化学検査。  
(医療法人、200~299床)

①技術的な項目は点数を高くし、機械的な項目は低くする。(現状は逆である) ②緊急検査項目は点数を高くする。③特に輸血の為の検査項目は命に関係する項目でも、ラーメンより点数が低い。高くしてほしい。④臨床検査の独自性の為に点数を上げてほしい。  
(医療法人、300~399床)

①尿検査 ②細菌検査 ③病理検査 ④輸血検査  
(学校法人等、400~499床)

生化学Ⅰの検査。ひんぱんに至急対応である項目であるために、再検率も高く、また精度管理に関するコストも高い。  
(学校法人等、~149床)

細菌検査、病理検査、生理検査全般等。  
(公的・社会保険関係、500床以上)

検尿検査一般、血液一般、凝固検査、細菌検査。  
(学校法人等、200~299床)

ウレア・ブレステスト、輸血クロスマッチテスト。  
(公立、500床以上)

血算、血液凝固、酵素試薬を使用する生化学、細菌検査。  
(公的・社会保険関係、~149床)

輸血検査部門(廃血のため)  
(公的・社会保険関係、500床以上)

微生物培養検査  
(公的・社会保険関係、500床以上)

輸血と血液製剤の一元化の管理加算など付加価値の点数化を要求する。  
(公立、400~499床)

免疫分野が採算が悪い。特に自動化が進む中、定性しか診療報酬が請求できないが、実際はほとんど精密で検査を行っている。  
(医療法人、400~499床)

細菌検査  
(公的・社会保険関係、300~399床)

血液ガス分析  
(医療法人、~149床)

細菌検査全体、自動化できない旧血清反応。  
(公立、400~499床)

細菌検査(特に感受性)。RIAの検査。  
(医療法人、300~399床)

細菌検査分野。腫瘍関連マーカーのまるめ。ウイルス検査分野のグロブリン別検査のまるめ算定。クロス検査=クロスは実施しても輸血を行わないケースが多い。細胞免疫検査。ウイルスの個々の群又は型について測定をした場合の算定法。  
(公的・社会保険関係、500床以上)

外部委託業者への納入価と病院への価格が異なる現状では全てが見合っていないと思われる。  
(国立、500床以上)

免疫、細菌検査。  
(医療法人、400～499床)

検体検査のほとんど  
(医療法人、150～199床)

感染症検査、凝固系検査、交差試験。  
(国立、400～499床)

ルーチン生化学、血液、尿一般。  
(国立、200～299床)

細菌検査、輸血検査。  
(学校法人等、400～499床)

CRP、蛋白分画、細菌検査、腫瘍マーカー（マルメ）、LDL・HDL コレステロール、中性脂肪、輸血検査、凝固検査、血中アミラーゼ、アレルギー検査、血液表面マーカー検査。  
(医療法人、150～199床)

細菌：一般培養など、効率化されていない。院内感染対策への資料提供など検査以外での業務増。  
(学校法人等、500床以上)

血小板凝集能。一般的な血液凝固検査（PT、APTT、RIB）（入院時スクリーニングで必要だと思うが査定される）。検体検査管理加算（I）  
(公立、～149床)

輸血関連、ウィルス検査、POCT。  
(医療法人、200～299床)

検尿の保険点数（各項目で）。細菌検査。輸血交差試験（輸血しなければ全く無駄になってしまう）。  
(医療法人、～149床)

細菌検査（例、同定検査：希少な面が出たとする。検査を進めれば進めるほど費用が出る。点数は同じ）途中で止めるか、疑いで報告を余儀なくされる。  
(学校法人等、300～399床)

細菌検査、免疫検査、一般検査（尿検査）。  
(医療法人、300～399床)

特殊検査等検体数の少ないものに対しては効率が悪いので外部委託すれば良い。  
(公的・社会保険関係、400～499床)

細菌培養・同定検査、血液フローサイトメトリー検査、骨髄像（特殊染色含）検査。  
(公立、500床以上)

病理部門（解剖業務も含む）、細菌検査部門。  
(国立、300～399床)

細菌検査、病理検査。  
(医療法人、150～199床)

細菌検査、血液検査。救急検査における夜間の点数。  
(公立、200～299床)

感染症マーカー等  
(その他、500床以上)

病理学検査、尿一般検査。  
(医療法人、300～399床)

腫瘍マーカーのコンビネーションアッセイ時の点数の低い事。腫瘍マーカーで項目の少ない(オーダー)単項目の検査料のコスト高。  
(医療法人、～149床)

細菌検査、生化学検査。  
(公立、400～499床)

遺伝子検査、細菌検査、輸血検査。  
(国立、500床以上)

生化学(マルメ項目)  
(医療法人、200～299床)

尿一般、血液、細菌。  
(学校法人等、400～499床)

すべての検査分野における包括点数(まるめ)。細菌検査。時間外検査における点数。  
(公立、300～399床)

輸血、クロスマッチ、不規則性抗体、血型、血液、白血球像、網状赤血球数、出血・凝固検査、検便、虫卵検査  
(医療法人、150～199床)

髄液検査、穿刺液検査、精液検査、微生物学的検査、病理学的検査、ウィルス学的検査  
(医療法人、300～399床)

細菌検査  
(公立、500床以上)

すべての検査  
(医療法人、150～199床)

細菌検査全般、免疫・血清検査(HBs-Ag、HBs-Ab)、処理検体数以上の上位機種(分析装置)を兼ね備えたようなもの(生化学、血液)  
(公立、～149床)

血中薬物濃度測定  
(公立、300～399床)

細菌、ウィルス、病理。  
(公立、150～199床)

①細菌検査項目（全て）②病理検査（全て）③輸血検査（クロスマッチ、不規則抗体）④採血料  
（医療法人、300～399床）

核酸定量（PCR法）関連検査、細胞診関連検査、ACTH精密測定、骨塩定量検査（MD法、SEXA法等）  
（医療法人、～149床）

細菌検査、一般検査、輸血検査、病理検査。  
（公立、300～399床）

①細菌検査、感受性検査。②腫瘍マーカー検査の包括支払い制はなくすべきである。③全体的に薬価にくらべて検査の点数が低すぎる。  
（医療法人、～149床）

①病院の試薬購入費＞センターの試薬購入費②自立神経系の検査（生理学的検査）の診療報酬が無い  
（公的・社会保険関係、150～199床）

生化学（脂質3項目包括）、アレルギー検査、凝固検査。  
（不明、不明）

一般検査、微生物検査、病理細胞診検査。  
（公立、300～399床）

三次救急で多くなってきている「薬物中毒患者」の分析項目が保険収載となっていない。早い時期での点数化希望。（乱用薬物スクリーニング～トライエージ、農業系～パラコート、有機リン系農薬、アセトアミノフェン等）  
（国立、500床以上）

細菌検査  
（公立、150～199床）

①細菌検査 ②病理細胞診検査  
（国立、～149床）

細菌検査、病理検査。  
（公立、300～399床）

細菌検査、脳波検査、輸血検査。  
（公立、500床以上）

細菌検査  
（国立、150～199床）

細菌検査（すべて）と病理検査  
（医療法人、～149床）

病理診断  
（公的・社会保険関係、300～399床）

①細菌検査②輸血検査③病理検査  
（公立、300～399床）

一般検査、細菌検査、病理検査。  
(医療法人、200～299床)

携帯血圧計、自立神経検査等、診療に不可欠な検査に点数がつかない。  
(公的・社会保険関係、500床以上)

輸血関連検査  
(学校法人等、不明)

人工透析などにおける血液・生化学検査。感染症の項目をもっと高評価してほしい。  
(学校法人等、400～499床)

遺伝子検査、細菌検査。  
(医療法人、400～499床)

細菌検査  
(医療法人、～149床)

細菌・病理部門については採算性が悪い(医師人件費、手間)が、クオリティーとしての価値が大きく、報酬だけでは割りきれない。  
(医療法人、400～499床)

ウィルス関連全て、自己免疫項目で汎用以外のもの、細菌。  
(医療法人、～149床)

①細菌検査②血液検査、凝固、線溶系③尿一般(老人医療保険)  
(医療法人、～149床)

クロスマッチ、目視血液像、尿沈渣、細胞診  
(医療法人、～149床)

すでに細菌部門では委託を行っている。  
(その他、～149床)

血液ガス  
(医療法人、～149床)

細菌検査、一般検査。  
(国立、500床以上)

細菌検査  
(公立、500床以上)

微生物(細菌)検査、塗沫・培養・感受性すべて。血小板凝集能検査。ICG検査。24時間血圧。末梢血液像。骨髄像及び特殊染色。  
(医療法人、300～399床)

細菌検査  
(その他、300～399床)

病理検査、細菌検査、ウィルス検査、特殊検査。  
(個人、150～199床)