

検体（生化学ルーチン分）検査がマルメになり、次第に低料金になってきている。今後質の低下が問われてくるのではと心配している。中小規模（特に地方）は手作業が入り込む事が多い。
（医療法人、200～299床）

細菌検査、尿一般検査
（国立、200～299床）

KL-6、結核菌液体培養
（医療法人、150～199床）

一般的な尿検査、血液塗抹分類、細菌検査、病理検査、細胞診
（公的・社会保険関係、500床以上）

専門知識・技術を要するアナリーゼ etc の用手法項目、生化学のマルメ項目、細菌検査、凝固検査（PT、APTT、TT）、H・ピロリ
（医療法人、150～199床）

マルメに該当する検査（一般、血液、生化学、免疫の各分野）
（国立、500床以上）

第XⅢ因子等
（医療法人、150～199床）

細菌検査、末梢血液像
（学校法人等、500床以上）

細菌検査、血液凝固学検査、血中薬物濃度検査、その他
（公的・社会保険関係、150～199床）

検査分野として、輸血関連検査、細菌検査（実施すればするほど、精査すればするほど患者中心費用の保点を上回る金額が出る、採算割れ）。検査項目、上記以外では血液像や尿沈渣などの目視判定の項目、PCRなどを用いるウィルス検査など
（公的・社会保険関係、500床以上）

病理・細胞診、細菌、生理、一般
（公立、400～499床）

薬物濃度、免疫血清、細菌培養
（公立、～149床）

微生物検査、一般検査
（公立、400～499床）

細菌検査、輸血検査
（国立、400～499床）

細菌検査、免疫検査、病理検査
（国立、500床以上）

凝固検査、輸血検査、細菌検査
（公的・社会保険関係、200～299床）

生化学包括
(公立、150~199床)

形態検査
(学校法人等、300~399床)

一般検査(尿沈渣)→試験紙と差がない。生科学検査(CK-MB、ミオグロブリン)→緊急項目として必要であるが検体数が少ない。
(医療法人、150~199床)

細菌、病理
(公的・社会保険関係、~149床)

細菌検査全般、末梢血液一般検査
(学校法人等、200~299床)

細菌学的検査、生理学的検査、輸血検査、病理学的検査、検体検査の一部(緊急度の高い検査項目)
(公立、400~499床)

細菌検査、迅速検査(簡易キットを用いた)
(国立、不明)

細菌検査
(公的・社会保険関係、150~199床)

輸血検査、本来必要である抗体確認等の検査、技術・試薬・時間を要する。(糖尿病療養指導、QOLの向上等、予防も含めた部分も求められているが評価されない)
(医療法人、400~499床)

細菌検査、一般検査(尿等)、血液検査、輸血検査
(公立、400~499床)

細菌検査すべて、病理・細胞診、凝固検査
(国立、400~499床)

細菌検査、尿一般、沈渣、髄液等細胞数、輸血、目視血液、骨髄像、薬物濃度
(公的・社会保険関係、500床以上)

技術や経験を要し院内感染の防止や人の生命に直結する細菌・輸血検査は、やればやるほど採算が合わない状況であり、とくに細菌検査にあっては検査センターでさえ採算が取れていない。
(国立、500床以上)

CK、UIBC、Fe、chE、D・B・I、Ca、IP
(医療法人、150~199床)

染色体検査、形態検査(血液、骨髄、尿沈渣、細胞診)
(国立、500床以上)

薬物検査、代謝スクリーニング検査、輸血検査
(公立、~149床)

輸血検査（交差試験、抗体スクリーニング、直・間クームス試験）、血液凝固検査（出血時間、FDP、ATⅢ、Dダイマー）、血液一般（血液像目視、血沈、再診におけるCBC）、一般（尿沈渣）、微生物検査（細菌塗抹検査、便培養）、生化学検査（ICG、蛋白分画、トロポニンT）、免疫学検査（RPR、抗TP抗体）、病理細胞診（病理組織検査、免疫抗体検査、電子顕微鏡検査）、生理検査（CV・R-R、24時間血圧測定）
（公的・社会保険関係、200～299床）

細菌検査、RSVのように外来で検査した場合点数がとれない。
（学校法人等、400～499床）

細菌検査の試薬・材料費が高いのにくらべて保険点数が低いように思われる。
（公的・社会保険関係、300～399床）

一般微生物検査（細菌同定、感受性検査）、穿刺液検査（胸水、腹水、髄液）、尿一般検査、遺伝子染色体検査
（国立、400～499床）

輸血部門、細菌検査、一般検査
（公立、200～299床）

生化学検査、病理組織検査、超音波検査で同一方法による場合部位が違っても同日の算定はできないため、患者の月2回の腫瘍マーカー検査。
（学校法人等、200～299床）

細菌塗抹検査、細菌培養検査、同定検査、感受性検査。交差試験、不規則抗体検査、クームス試験、輸血時の血液型ダブルチェックの検査。尿沈渣、髄液検査。
（公的・社会保険関係、300～399床）

尿沈渣、髄液検査などは手間がかかる項目な割に点数が低いと思います。交差試験を含む輸血部門も輸血をする事により点数になるので無駄に終わってしまう事も多いと思われます。
（学校法人等、300～399床）

生化学まとめ項目、細菌検査
（医療法人、200～299床）

病理検査、尿沈渣、血液像、ウィルス検査、細菌検査、髄液・腹水検査
（医療法人、300～399床）

細菌検査、輸血検査
（国立、300～399床）

一般検査、測定装置がなく用手法にて行う項目。髄液、穿刺液など検体数が少ないが項目数があり、鏡検が必要なもの。細菌検査、自動化が進みつつあるが検査を進める上でコストがかさむことが多い。
（公立、150～199床）

細菌、輸血
（医療法人、150～199床）

血液ガス分析、凝固検査
（学校法人等、150～199床）

細菌検査
（学校法人等、150～199床）

血管エコー
(個人、200~299床)

細菌検査、遺伝子検査(とくに造血器腫瘍)、病理(組織、細胞診)、FCM、依頼件数の少ない免疫血清、感染症血清、腫瘍マーカー、凝固特殊検査、臨床化学(電気泳動、免疫電気泳動、アイソザイム、カテコールアミンなど)の検査
(国立、500床以上)

輸血検査、細菌検査分野は診療報酬に見合わない。とくに不規則抗体固定検査においては是非とも診療報酬が取れるようお願いしたい。
(公立、400~499床)

細菌検査、細胞質検査、遺伝子(RCR、FISH、染色体)検査、その他、形態学的検査全般
(医療法人、500床以上)

便一般検査
(医療法人、150~199床)

外来血球血算、外来尿定性、包括項目
(医療法人、400~499床)

細菌検査部門、血液凝固検査、輸血検査
(公立、200~299床)

尿一般検査：沈渣、尿蛋白定量、尿糖定量で人件費が出ない。血液検査：血算。免疫血清：腫瘍マーカー、感染症項目は試薬代が高いためコントロールキャリブレーション・再検をすると点数を超えるものもある。輸血：交差試験、クームス etc では人件費が出ない。
(公的・社会保険関係、400~499床)

細菌検査
(国立、150~199床)

細菌検査、一般生化学
(医療法人、200~299床)

細菌検査、輸血分野、生理検査、血型判定、数の少ない項目
(公的・社会保険関係、500床以上)

輸血分野(クロスマッチなど)、一般検査(尿沈渣等)
(医療法人、~149床)

ほとんどすべて
(医療法人、300~399床)

細菌、輸血
(公的・社会保険関係、400~499床)

尿一般、輸血、細菌、免疫(寒冷凝集能等の用手法項目)。上記の用手法的(手作業)検査において採算が悪いようです。
(公立、150~199床)

細菌検査、細胞診、特殊検査
(医療法人、~149床)

細菌検査及び輸血関連検査は採算性がよくない。
(国立、500床以上)

免疫検査、薬物検査
(公立、～149床)

病理、微生物、院内緊急のみ(数のあまり出ない)、生化学(機械、コストが高い)、神経機能検査の一部、血液像
(医療法人、200～299床)

外来検査の血液検査、尿一般検査(外来診療料68点、包括に含まれている)、細菌検査全般、病理・細胞検査全般、血液凝固関連検査、輸血検査全般。
(公的・社会保険関係、400～499床)

細菌検査、病理検査(免疫染色の必要の生じた場合)
(公立、500床以上)

血液検査、細菌検査
(公立、200～299床)

微生物検査。細菌検査。
(公的・社会保険関係、150～199床)

表面マーカー(CD...)、体外受精、病理の免疫染色(血液の骨髓像の特染は点数取れるのに) (検査室として)
(公立、400～499床)

用手法的な検査で、検査効率が上がらない細菌検査、輸血検査、形態学的検査は専門的な知識と手法が必要となり、技術的価値を与える診療報酬を考えていただきたい。自動化できない検査項目、依頼件数の少ない項目にかかるキャブレション・コントロール等に経費がかかるためランニングコストが高くなる。
(公立、300～399床)

免疫検査(HCV、HB等)、凝固検査(TT、HP、FDP)、尿検査
(医療法人、150～199床)

細菌検査、病理検査、輸血検査、生理検査(これらの不採算部門は一方で診療上有用な分野である)
(国立、500床以上)

細菌検査、形態学的検査(細胞診、病理等)、脂質検査、生理検査
(公立、～149床)

微生物の院内感染項目
(公的・社会保険関係、500床以上)

細菌部門のすべての項目、院内環境検査、細胞性免疫検査(DLSTetc)、輸血検査(輸血しないと検査実施項目)
(公立、500床以上)

簡易検査項目(血清免疫関係)検査試薬の価額がほとんど保険点数と同じ。検査ロスがあればほとんど赤字となる。
(医療法人、500床以上)

細菌検査
(学校法人等、200~299床)

コストが高い緊急検査(生化学等)に対する加算が診療報酬にない。
(医療法人、150~199床)

細菌検査
(学校法人等、200~299床)

細菌検査(コストがかかるのに点数が低い)、検体検査(設備投資ができない状況であるため)
(公的・社会保険関係、300~399床)

細菌検査、尿沈渣、血液像、遺伝子・染色体検査、時間外検査
(国立、500床以上)

出血時間、血液凝固、白血球分類目視
(医療法人、200~299床)

細菌検査分野、病理検査分野
(公的・社会保険関係、200~299床)

細菌検査の分野、免疫学的検査の分野
(公立、~149床)

診療報酬に見合っていない項目:形態学的検査
(医療法人、200~299床)

薬物血中濃度の1患者月1回算定のしぼりは患者情報が少ない。初回輸血時のみ算定のクロスマッチ時の
血型は持ち出しが多い。遺伝子染色体の検査はコスト割れが出る。生理系の検査は技師と患者様1対1の
検査にしては時間を取る分点数が低い。特殊血液の検査は判読が難しい割に点数が低い(例えばマルク)。
(公的・社会保険関係、500床以上)

細菌、輸血、病理。一般、血液の外來は再診料に含まれるため。
(国立、500床以上)

細菌検査、遺伝子検査
(国立、500床以上)

病理、細菌
(学校法人等、200~299床)

交差試験、検尿、検血(赤血球、白血球、血小板)
(公立、300~399床)

細菌、血液、尿、細胞、病理等の形態分野。
(公的・社会保険関係、300~399床)

免疫・血清分野、一般細菌培養同定
(公的・社会保険関係、200~299床)

細菌検査、病理検査、凝固検査
(学校法人等、500床以上)

細菌検査全般：今や機械化が進んでいる検査部門で一番機械化の遅れを感じる部門でもある。すべてのことを人の手でやっている施設が多く見られるのに点数があまりに低い。時間、手間がかかるのにどの検査室でも不採算部門の一つであり、やっかいもの扱いの面がある。見直しを希望したい。

輸血検査：クロスマッチをしても使わなければ（輸血しなければ）点数が取れない。試薬代の無駄となっている。

一般検査：尿沈渣、血液像等ある程度経験を有する技師が検査しても人件費も出ない。専門技師の存在する箇所には加算できる体制が必要と思う。新しい検査項目でも最近抑制された点数しかつけられていない。BNP。

（公的・社会保険関係、300～399床）

病理検査、細胞診検査、生理学検査、輸血検査、細菌検査

（その他、400～499床）

微生物検査、尿沈渣鏡検、腫瘍マーカー（例： α FPとPIVKA-Ⅲ）等の包括、ウイルス検査の包括（特に肝炎ウイルス検査）

（個人、150～199床）

1) 微生物検査。一般細菌、抗酸菌検査、PCR検査。2) 病理学的検査

（国立、300～399床）

新生児管理項目（NICUを含む）、輸血関連（輸血を実施しなかった時）、精液検査、尿一般物質定性、異常値時の対応の評価、再検、確認試験等、採血（採取から廃棄まで）、委託に係る人件費（出検準備～照合を含め報告まで）

（学校法人等、～149床）

細菌検査、薬剤感受性検査（MIC法）、末梢血液一般検査

（公的・社会保険関係、200～299床）

生体検査料は新生児と3歳未満の乳幼児には100分の30or100分の15を加算できるが、大人と異なり子どもは時間がかかるので、6歳未満まで加算されるよう望む。（生理検査全般にわたる）

（公立、200～299床）

細菌検査

（公立、300～399床）

免疫血清検査、細菌検査、一般検査

（国立、500床以上）

薬剤検査、細菌検査、インフルエンザ、不規則抗体検査

（学校法人等、400～499床）

細菌検査、尿沈渣、（脳波）

（個人、～149床）

病理組織検査、細菌検査、生理検査。血液検査、骨髓像目視、凝固検査。

（学校法人等、500床以上）

1.形態検査（血液、細菌検査）はそのように感じる。特に末梢血、骨髓像は骨髓穿刺やその介助に手間を要し、細胞化染色にかかる時間は多大である。しかも技師が形態診断をしているにも関わらず診療報酬が低すぎる。2.蛋白分画、血清IgEは試薬のコスト変化に影響する。

（国立、300～399床）

細菌検査

（公的・社会保険関係、300～399床）

尿沈清鏡検、凝固検査、便検査（特に C、D 毒素）、迅速検査全般
（医療法人、200～299 床）

1.免疫血清検査：寒冷凝集・溶血、免疫複合体 2.微生物検査：検査全般 3.神経・生理学検査：脳波算 4.血液検査：血液像、赤血球抵抗試験 5.一般検査：髄液、穿刺液検査、PSP
（公立、500 床以上）

蛋白電気泳動。細菌検査の培養、同定。感染症 HCVA b、TPAg 時間外検査（イムノクロマト法では感度が低い為 ELISA 法を併用している）
（公立、300～399 床）

細菌検査：手間がかかる割に検査料が安い。尿沈渣は読み取るデータ - ・手間がかかる割に安い。
（学校法人等、150～199 床）

尿一般検査、特に沈渣項目、血液形態、輸血、細菌など検査の技術が最も必要とされるものに検査点数が低い。また検査の技術料を算定すべきである。検査試薬代を薬価と同じようにすべき（1 物 2 価はおかしい）。検査を実施する検査室のシステム（迅速検査、診療前検査システム）を採用しているところには加算点数を。
（公立、200～299 床）

細菌検査、血液検査
（公立、～149 床）

特にウィルス感染症と腫瘍マーカー類の項目。検査試薬が装置専用になり（あるいはなりつつあり）、保険点数の割には検査試薬が高価である。
（学校法人等、500 床以上）

細菌検査分野、細胞免疫検査
（公立、500 床以上）

尿定性検査一蛋白、Bil 等確認の検査を実施しても点数にならない。血液像一目視しないと点数が取れない。生化学まるめ項目数と臨床医が望む項目数に差が生じている。
（公立、150～199 床）

特殊検査、染色体検査、RI 検
（公立、200～299 床）

細菌検査、輸血検査、凝固検査、細胞診検査（特に穿刺物）
（医療法人、150～199 床）

輸血分野、細菌検査、免疫検査、POCT、尿一般検査
（医療法人、200～299 床）

微生物検査、尿定性検査
（国立、500 床以上）

輸血検査部門
（国立、500 床以上）

輸血検査、細菌検査、感染症検査・ウィルス検査（POCT 含む）、遺伝子検査、一般検査、病理検査、ホルモン検査、血液検査、輸血業務の一元管理料、形態系観察・判定料、精度管理を含めたデータ管理料、がまったく低く抑えられている。さらに滅菌採血管となれば、採血管代+採血者人件費だけでも採血料が満たさない包括的内容である。
（公立、300～399 床）

微生物検査部門、すべての項目。生理検査部門、脳波、誘発脳波、超音波による骨密度、病棟出張の心電図。血液検査部門、血小板凝集能。
(公立、300~399床)

血液検査において項目まるめ請求分が診療報酬が見合っていないものが多い見られる
(公立、150~199床)

病理、細胞診、微生物検査、尿沈渣、赤沈
(医療法人、~149床)

輸血検査、微生物検査
(学校法人等、500床以上)

ウイルス抗体検査全般、PCR系の検査
(公立、300~399床)

遺伝子検査、肝炎以外のウイルス検査(exEBウイルス)、アレルギー検査
(公的・社会保険関係、500床以上)

細菌検査全般、病理検査全般
(公的・社会保険関係、300~399床)

血液型(ABO・Rh)検査、クロスマッチ(血液交叉反応)、凝固検査一般、微生物学的検査
(その他、150~199床)

1) 血液、生化学などの基本検査項目の外注単価は、保険点数に比較し、高く設定されています。2) 免疫血清検査、ホルモン検査、脂質、ビタミン類、金属類、薬物濃度、ウイルス検査や特殊検査項目も、保険点数に比較し、高く設定されています。3) 遺伝子関連検査項目は、ヒトゲノムシーケンス終了にも関わらず、未だ、高価格に設定されたままです。現状では、各委託業者で共通に統一されたとは考えられない高単価に対して、各委託業者の値引き競争が行われているに過ぎません。
(その他、400~499床)

病理検査
(公立、200~299床)

一般検尿・沈渣、髄液等穿刺液検査、骨髄穿刺検査、末梢血一般、血液像検査、骨髄疾患(特殊検査含む)検査、不規則性抗体検査(ケーム検査等を含む)、LE細胞検査
(公的・社会保険関係、150~199床)

尿中FDP、アミラーゼ、リパーゼ、リン脂質、遊離脂肪酸、アポリポ蛋白、LDLコレステロール、BTR、葉酸、ケトン対分画、TPHA試験(定量)、HBV核酸同定精密測定、ASO価
(国立、500床以上)

一般検査、遺伝子検査
(国立、500床以上)

28 検体検査業務に関して、行政（国・都道府県）に望むことがあれば、ご自由にお書きください。

検体は個体識別が可能であり、検査開始から終了までの検体の管理をもっと厳重かつ慎重に扱う必要があると考える。その為本来の保管・管理の為の検体管理加算の強化を望む。
（公的・社会保険関係、300～399床）

各医療機関共に検体検査が減っており、臨床検査技師のリストラが進み、又外注業者の値引き合戦がひどくなり、精度が低下する恐れがある。
（医療法人、150～199床）

診療報酬体制について現場にあった価格設定をしてほしい。今の価格は検体検査は全て検査センターに出せといわんばかりの設定である。これでは患者中心の医療はできない。臨床検査技師の地位向上。今の地位はあまりにも低すぎる。もう少し権限を与えてほしい。特に若い技師等は検体検査に魅力をなくしている。
（国立、400～499床）

検体検査も人体の一部を検査しているので、検査技師以外に検査をできない様にしていきたい。
（公的・社会保険関係、500床以上）

検体検査は、現在無資格者が実施可能であるが、有資格者による検査は当然であると考えます。
（学校法人等、200～299床）

検体検査にも事務制限が必要ではないか。
（医療法人、300～399床）

①病院検査室としての身分保障、②外注検査と院内検査の格差、③一単価当りに見合った保険収入
（個人、200～299床）

臨床検査技師業務が採血、検体、生体検査、内容が多い検体は技師でなくてもよいなど、技師は病院では他種のパラメディカルよりも多様な構成をしています。（とめどもない）①病棟外来採血、②血算生化→緊急のみ、③生理検査（脳波心電図、肺機能、心機能、トレッドミル、腹部エコー、聴力検査（7種類）、④新生児 ABR⑤尿血清等⑥内視鏡、胃・大腸・ERCP
（不明、200～299床）

検体検査は院内で実施すべきである。1.検査試料をむやみに院外に持ち出さないこと。2.検査 data は患者個人のもので守秘義務の保護が必要。3.院内に検査センターと院内検査技師等の混在による検査はチーム医療の妨げになる。4.院内技師には患者接遇の教育の徹底に徹することができる。以上のように院内には患者との接点が多く存在し、患者本位のチーム医療を志すには、医療法にあるように総合病院の臨床検査施設基準を院内検査で実施するのが本来の姿であると考えます。従って、200床以上の総合病院であれば自己の病院の医療スタッフに専属臨床検査技師の存在が必要で、その基準、高レベルのスタッフが必要である。例えば、臨床検査技師にも段階的な格差のある資格者、資格制度と法令化が必要に感ずる。より高度で高品位な臨床検査技師が必要である。
（学校法人等、400～499床）

診療報酬を引き下げることばかり考えるのではなく、現場の実状をもっと把握してもらい、報酬を制定してもらいたい。
（学校法人等、～149床）

包括の廃止。
（医療法人、200～299床）

①検体検査の場合、病気の発見、治療、予防の経過観察、合併症と患者の情報を得る最良のものです。②包括にて例えば生化学10項目迄は〇〇点となっていますが、この10項目では、あまり把握できませんし、見逃す事にもなります。③お腹が痛いというので検査室のない病院（検査は外注）に入院し急性胃腸炎の診断でした。1週間後に退院し、翌日又痛くなり検査室のある他の病院に行きました。診断名は盲腸炎で腹膜炎を併発でした。④検査は最良の情報源ですが、この検査を重視しない行政に腹が立ちます。⑤よりよい医療の為には、これ以上包括傾向はなくしてほしいものです。
(医療法人、300～399床)

業務制限をしてほしい。院内検査の義務化（300床以上の中大病院）。
(学校法人等、400～499床)

上質で安全な臨床検査を保護、維持しようとするなら、保険診療の範囲内である臨床検査はすべて業務制限（検査技師の）とするのが妥当と思います。
(学校法人等、～149床)

有資格者（臨床検査技師）による業務独占が必要！専門化による精度管理や高レベルの検査業務を構築するため。
(公的・社会保険関係、500床以上)

院内検査と外注検査の点数による差別化を明確に（院内検査の点数 up）一物二価が適当。
(公的・社会保険関係、～149床)

業務制限なしでは国試合格者の業務として臨床検査技師の存在意義がない。コスト低下にも直結しており、早急に検査センター（大手ラボ）の無資格者を有資格者にすべきであり法改正が急務である！！ある検査会社は400名が有資格者ですが、その倍以上は無資格者ですよ！！
(公立、400～499床)

今回のアンケートはいかにも委託業者の為の集計に思える。検体検査は臨床の場では必要不可欠のものとなっている現状、病院で至急結果を出すものと、外部委託するものを選択をきちんと行い、臨床に役立つ付加価値をもったデータを返却することが重要でこのことを行政は考えていただき、院内処理の必要性（項目単位）に応じた診療報酬を考えていただきたい。
(医療法人、400～499床)

診療報酬の検査関連の点数を削減してほしくない。
(公的・社会保険関係、300～399床)

病院内検査を基準として保険点数の設定をしてほしい。検査結果によっては患者さんの病気の予後もしくは生命にまで影響を与えるかもしれないにも関わらず、検体を物としか見ていず、その評価も低すぎる。
(公的・社会保険関係、500床以上)

センター価格を診療報酬価格として考えない。
(国立、500床以上)

検体検査の重要性を考え直してほしい。
(医療法人、400～499床)

①迅速検査を行っている施設に対する付加点数（ただし検査項目数や精度管理をクリアした施設）②疾患に対する検査のみの包括
(医療法人、150～199床)

院内検査室は絶対に必要である点を強く病院トップは認識すべきである。検査点数の低下はこの辺でストップすべきである。
(国立、400～499床)

検体検査の業務制限は必要（データ保障の為）。採算のみを求める医療は良くない。
（国立、200～299床）

検査精度を確保する為の人的、制度的保障が現行はない。医療における検体検査の必要性、評価が不明です。資格や制度としても確立すべきと思います。
（学校法人等、400～499床）

療養病棟の患者様でも保険点数の高い特殊検査（例、血中薬物等）が、かなり頻繁に出ますが、このような検査は包括支払ではなく、個別に請求できる様に望みます。患者様へのサービスの低下や病院側の負担がかなり大きい様に思います。
（医療法人、150～199床）

競争原理とはいえ、委託業者の値引き合戦。依頼表にチェックするだけで保険点数の6～7割の収益がある病院など問題は山積したまま。規制できないものか。
（学校法人等、500床以上）

病院での検査技師の位置付け（全体的な業務独占が無理であれば、病院だけでも制限すべき）。検体検査管理加算や時間外検査加算による開業医との差別化。
（公立、～149床）

検査の質を高めるのは、その専門である検査技師しかできません。医師は自分の専門を高める為日々努力しています。検査技師のかわりにはなりません。できる人がするのではなく、だれがするべきかをはっきりさせる必要があると思います。救急をかかげるある病院では、検査技師がいない為、血球計算の機械さえあっても動いていない状況であると聞いています。患者さんのことを考えると大変こわくなります。ある一定基準以上の施設では検査技師の勤務条件は必要だと思います。
（医療法人、～149床）

診療報酬点数について。検査項目ごとに点数があるが、項目によっては方法別に区分けをして頂きたい。
〈例〉生化学検査のクレアチニンですが、病院等の施設では酵素法、検査センターではJaff法を使用している。前者はコストは高いが安定性がよく、Dataの収束もよく全国のData共有化に欠かせない方法である。しかし後者はcostが非常に安価であるが他物質との反応や安定性の問題がある。又、酵素法とのかい離もあり、Dataの共有化が出来ない大きな問題となっている。これは同じ点数を設定しているからであり、別々に設定すると検査センターは二法とも採用して対応すると思う。個人的には酵素法のみ点数を設けていただきたいと思うのですが…
（学校法人等、300～399床）

輸血検査や細菌検査等、医療安全に直結する検査は業務制限を早く制度化してほしい。
（医療法人、300～399床）

検体検査は自動分析機によるものが多いが、精度維持、データ管理、疾病との関連から、生体検査のみでなく、業務制限が必要と思われる。
（公立、500床以上）

検体検査は全て院内で実施できるよう、医療機器の整備、人員配置についての考慮をおねがいします。
（国立、300～399床）

地方の医療支援病院の救急、夜間の病院の収支の問題を正しく理解してほしい。
（公立、200～299床）

必要のない検査はないという考えから、医師の自由裁量権を認め、粗診粗療に対する患者の不信感をまねかないようなシステムを作る。また、医師への過剰診療に対する教育を学生時代から教育する。検査の立場からでは、新しい検査が次々と出てきますが、古い（古いと思われる）検査を診療報酬から削除願いたい。
（その他、500床以上）

検体検査をすべて診療報酬包括の中に入れて、患者さんの了解のもと自費検査を制度として認めてほしい。
(医療法人、300～399床)

一物二価方式という型はどうか。外注委託もせず当院で行っている検査コストはもっと高く認められないものだろうか。業者間のコスト低下のしのごいをしてるのは困る。検体処理に対しても十分だろうかと考えると外注はしたくない。自分たちが勉強してきた事を身につけ、職人（プロ）意識を持ちたい。もっと身分の保障をすべきです。
(医療法人、～149床)

検査の実態（試薬代、労力）を反映した保険点数にしてほしい。
(国立、500床以上)

検体検査の点数を上げてほしい。
(医療法人、200～299床)

委託業者の自由競争におどることなく適正な検査点数をつけてほしい。このままいきますと検体検査室が病院から消えていく事になりかねない。しいては患者様にはねかえっていくと思われるので。
(公立、300～399床)

病院規模、ランク分けして施行できる検査項目の限定（大学病院レベルの検査項目依頼がある）
(医療法人、150～199床)

臨床的重要性と保険収載とに差があり、実際の診療に合わない。又、意味のない検査を行なっている項目についても見直しが行われず、古い形態で診療請求がされている。
(公立、500床以上)

現場を良く見て。適切な点数にされたい。良質な医療には金がかかる。
(医療法人、150～199床)

検査データの共有化（標準化）がなされ、全国どここの検査値でも同じ尺度で判断できればと思います。
(公立、～149床)

エビデンスをもたない検査（旧い検査）は診療報酬から除いてください。検査点数を定額化あるいは包括化ではなく、診療への貢献度により報酬する。
(公立、300～399床)

保険適用外（DLST）は各施設検体多数依頼があると思われますので保険点数をつけてほしい。ちなみに近畿国立病院療養所では745件（22施設）（14年度）。保険適用外検査の全国調査をして項目の多いものから点数化してください。
(国立、500床以上)

包括を廃止してほしい。
(医療法人、300～399床)

検査結果の統一化のための費用の負担をしてほしい。（コントロール血清 etc）
(公立、300～399床)

①新しい治療、先端治療はどれも正確な検査の上に成り立っています。今後医療の進歩は新しい治療法とそれを支える新しい検査の2本柱により支えられると思われます。この観点から診療報酬面および人的供給面から検査を育てる視点を行政に持ってほしいと思います。②経済性だけで検査業務を考えるのではなく、個々の病院の個別需要を考慮した評価体制を望みます。③外注と院内検査の別報酬制度や、検査体制の院内創設への意欲をかき立てるプランを行政に求めたいと思います。今は全てが逆の方向へ動いていますので。
(医療法人、～149床)

病院とセンターでの試薬費格差の是正
(公的・社会保険関係、150～199床)

包括の項目について細分化。点数のひきあげ。
(不明、不明)

DPCと出来高払いの2本立ての医療保険制度を望む。
(公立、300～399床)

検査にあたり高額医療機器の扱いが問題となるが、病診・病病連携を進める中で国・県・市町村単位による①高額医療機器の共同利用や②独法機構等による公的検査センターを設置し共同利用を図る体制作りを望む。
(国立、500床以上)

実勢価格は薬剤にばかり中小病院の実態を中心に考えるべき。
(医療法人、～149床)

将来財政もなくなればアメリカのシステムに移行するように思うが現在の経済状態では弱者により厳しい政策を取るのではと不安に感じる。
(公的・社会保険関係、300～399床)

包括的医療費の場合は不可能となるけど検査センターへの外注検体検査実施料と院内検査実施料を区別してほしい。また、検体管理加算Ⅰの条件を改正して点数を上げてほしい。そして、システム化(オーダーリングシステム、電子カルテシステム)導入の補助を希望します。
(公立、300～399床)

単価が安いです。保険点数のUPをお願いします。2年に1回のDOWNでは吸収しきれないほどのDOWNはやめてください。
(医療法人、200～299床)

臨床検査技師による業務制限。病院ベッド数による臨床検査技師の定員制。
(医療法人、400～499床)

臨床検査技師の資格による業務制限をもっと多くしていただき、質の向上を図っていくためのきっかけとしてもらいたい。
(医療法人、400～499床)

技術に関して保険報酬が少ないと感じる。
(医療法人、～149床)

①臨床検査技師の資格による業務制限をもっと多くしていただき、質の向上を図っていくためのきっかけとしてもらいたい。病床数との定数制度の導入を。②急性期病院での試薬機器リースの廃止、規制と法改正を。
(医療法人、～149床)

院内検査は外注検査より人件費、試薬のロス等多くの経費必要とするため同一に扱うことは矛盾しているのではないか。
(医療法人、200～299床)

診療報酬の引き上げ。
(その他、～149床)

医療法改正のたびに引き下げられる点数は、外注業者の業績に大きく影響している。最近はあまり問題になってないが精度の面で大変心配しているところがあります。

(医療法人、～149床)

検体検査項目によって実施料と委託会社での委託料金との乖離がある。また、事実を厚労省でも当然知っており、それが診療報酬に反映されている。委託会社には十分な指導をされたい。臨床検査は診断に欠くことのできない専門領域である。今後一層の専門知識と技術が要求されることが考えられるが、病院においては外部委託など特にブランチ化がなされているのが現状だと思われる。様々な理由や条件があると思われませんが、事態を重視して考えていただきたい。

(公立、500床以上)

臨床検査技師の業務独占。ルーチン業務の実態に基づき、採算割れをおこしている検査の正当な評価(診療報酬上の)。

(医療法人、300～399床)

検体検査の診療報酬の低下と包括支払については、今後も増えていくのであろうが、検体検査＝包括支払という単略的発想ではなく、包括検査として、実施すべき検査を明記した上で、実施すべきと思われる。包括的支払システムは、DRG/PPSを前提としていられるが、患者の病態や状況を考慮したものでなければ、病名のみ現状制度では不十分であり、この辺の検討もお願いしたい。

(個人、150～199床)

医療現場で実際に患者様に対して必要とされ検査を実施し、治療を行っているにも関わらず、診療報酬の減点対象が目立っている。この現状を良く理解していただきたい。

(医療法人、300～399床)

患者様への迅速且つ正確なデータの提供が今後も続くようサービスを落とすことのないよう、院内検査実施の施設への診療報酬の差別化を望みます。

(学校法人等、200～299床)

分析器で算出されたデータを読んで判断し、臨床へ届けられるか、技師が判断する。(データに責任をもつ) ボタンを押せばデータが出るのではない。→業務制限が必要である。

(公立、200～299床)

法改正を行い、臨床検査技師のみが検査業務を実施するべきである。無資格者が業務につくのは危険である。認定技師(輸血、細胞診、超音波、細菌)が、その業務を実施した場合一定の点数を加算してほしい。

(国立、～149床)

当院のような中小急性期病院においても365日24時間の臨床検査体制が必要ですが、検体検査収入から判断料、採血料(ドクターフィー部分)を差し引くと費用 \geq 収入の現状であり、これ以上検体検査料が引き下げになると費用 $>$ 収入の経営若しくはブランチ検査業者の撤退の恐れがあります。

(学校法人等、～149床)

ブランチ方式をやめる。

(公立、300～399床)

検体検査は点数の削減が進んでいるが、実施に必要な最低限の費用は確保していただきたい。人件費、試薬コストを考えると赤字検査が多くある。病院の経営困難となれば患者様に必要であっても、検査の出し渋り(事務側圧力による)が発生してくるであろう。

(医療法人、200～299床)

精度を上げる為の点数配分が少ないと思われる。生理検査部門の点数が低いと思われる項目がある(機械導入の割に) ex) 脈波、筋電図、心音図、脳波。

(公立、～149床)

国レベルでのデータ間の統一、精度管理。産業医データ、町ぐるみ健診データと保険診療データとの相互の共有。
(医療法人、～149床)

生理検査に限らず、検体検査において委託検査よりも院内検査の検査スタッフの必要性を重視し、又報酬においても格差を確立してほしいと思います。
(医療法人、400～499床)

問 25 と同様と更に予防医学の視点の欠如を感じます。
(医療法人、150～199床)

検査項目の新陳代謝をお願いしたい。すなわち診断にとっても有効な新しい検査がずいぶん長い間保険がきかず自費扱いになる場合を日常の現場で時々経験しています。もう少しすみやかに保険点数がとおって国民が恩恵を受けられるようにしてほしい。その代わり時代に合わなくなった項目は整理した方が良いのでは？時代はものすごいスピードで変化している事を実感していますがそのことのメリット・デメリットをしっかりとふまえ健康という不変的課題に取り組んでいただきたいと切に思います。
(医療法人、150～199床)

1.検体検査の有資格者による業務制限。2.検査技師学校を4年大学制度に。
(国立、500床以上)

業務制限化。配置人員の定数化。
(公的・社会保険関係、150～199床)

検体検査に対して業務独占を適用してほしい。院内実施検体検査業務について評価を上げてほしい。精度管理調査を医師会が行っていて、その結果が病院機能評価等の審査対象となっているが、適切か検討してほしい。臨床検査技師が行う糖尿病療養指導業務に点数をつけてほしい。精度、安全、待ち時間、管理、緊急対応等の審査機構を立ち上げて検査室のランク付け、加算のランク付けを行ったらどうかと思います。試薬リースシステム販売が公立病院でも可能にしてほしい。業務量により各部門の定員を規定してほしい。
(公立、500床以上)

支払基金の査定基準に不透明さを感じる。医療の質の向上を目指すのであれば、病院の検査室は必置義務にすべきと思う。一部の劣悪なセンターの投げ込みを規制すべきでは。
(医療法人、500床以上)

すべての検体検査の業務独占を望む。また医師、看護師、薬剤師同様、技師数の義務付けを望む。
(医療法人、～149床)

医療における検査必要性に見合った点数。院内で実施した場合の点数と委託にした場合の点数の分別（院内実施は人件費、試薬代等がかかる）。委託は何もかからない。これはおかしい！本来の医療は早期診断早期治療のはず。それに寄与するには院内で迅速な検査を。院内実施、外部委託、点数を分ける必要がある。
(医療法人、200～299床)

至急検査に対する加算を考えてほしい（設備、人件費がかかる実態がある）
(公立、400～499床)

医師または検査技師の業務独占とすべきです。
(医療法人、200～299床)

各検体検査実施料を上げてほしい。必要に応じた検査項目の査定をなくすようお願いいたします。
(公的・社会保険関係、200～299床)

1.国保費抑制のための健保点数抑制に異議あり。国保費の増大を抑制するために検査漬け薬漬けと非難し、健保点数を低く抑え、まるめにより、さらに必要以上に検査点数を抑えすぎている。薄利多売的な外注検査産業しか成り立たない方式は間違っていると思う。2.病院内検査と外注検査と別点数制。現状では収益内で検査機器・検査システム等の導入をするには採算が合わず、院内検査室のFMSやブランチャ化が進み大企業に飲み込まれている。院内検査室が検査所として経営が成り立つ健保点数とし、外注検査の点数と区別すべきである。3.混合診療を合法とすべし。厚生労働省の専門委員会等で疾患別に基本的な検査項目をセットおよび検査回数等を定め、それ以内であれば保険適用とし、それ以外は患者の了解の元で医師や患者の希望選択を許し、その分は実費扱いにすること。保険適用外の実費検査の有無により貧富の差で損得があるとは思わない。保険適用外のものを実施すると適用のものも自費扱いにするとという大金持ちでなくては支払できない現行の仕組みこそ間違っていると思う。
(医療法人、200~299床)

諸外国と比較して検査料が高いか低い。明示する。ヒューマンスキルをどう評価するのか。専門性と国家資格をどう評価するのか。
(公的・社会保険関係、200~299床)

検査技師の危険手当の法律の制定。
(医療法人、500床以上)

1.支払基金、国保含めて、県単位又審査月日で判断が違う。
2.厚生労働省が指定されている検査方法、特にHBsAgの判断基準でも県の単位で不明確さが見られる。
3.支払基金等、返戻の根拠が不明。
(公的・社会保険関係、300~399床)

これだけ検体検査の点数を下げてしまえば、機器メーカーも試薬メーカーも開発が進まない。逆に外国資本の機器は保険制度が異なり非常にコストが高い。病院としては簡単には施行しなくなり、臨床的にも医療の低下を生じる。機能評価にしても外国的発想、日本の医療にマッチしていない。決して悪いものではないが『心』がない。心のないものは医療と呼んではいけない。それらは商売である。商売である以上、訴えられたりする事も生じる。
(公的・社会保険関係、300~399床)

検査業務において検査点数の削減がたびたび行われているが、大規模検査室と小規模な検査室とにおいて検査における費用の掛かり具合に相当な開きがあると思われる。一律に点数を包括化してよいものかどうか。
(医療法人、200~299床)

現在、日本の多くの検査室では、数少ない医師が数多くの検査技師を指導監督している。戦後半世紀以上が経過し、技師の資質もかなり向上してきた。現在、3年制・専修学校卒の技師が主流であるが、今後は4年制の大学卒が主流となり、さらに修士課程、博士課程のコースも充実し、多くの技師が検査部門の責任者(部長など)になれることを願っている。
(学校法人等、500床以上)

検体検査を実施している検査センターでは人件費(コスト)抑制のため、検査技師以外にて業務を行っていくことが考えられる。検査の精度を上げるためにもチェック体制を充実してほしい。
(医療法人、~149床)

保険点数を下げる事をやめてほしい。
(医療法人、~149床)

国立大学の診療支援体制の構築を支持している。医療における職種間のアンバランス(医師優先思考)はもうそろそろ解消して大人の医療国家となるべきだと思う。その方向の医療制度構築を望む。
(学校法人等、500床以上)

無資格者には検体検査業務をさせない。公的病院へは補助金の助成は平等に行う。
(公的・社会保険関係、150~199床)

外注してもしなくても点数は同じという事は大手検査センターに外注したほうが利益があるのは当然である。大口には試薬機械等の会社は当然サービスを行います。酒の販売や電化製品と同じで大量販売ストアが安くて大量に売る事になる。したがって小売業は成り立たない。IT化による結果スピードは早くなったが、接続システム維持にお金がかかる。救急を行う以上ある程度の検査は実施せざるを得ないので救急検査関連を院内実施する場合、加算してほしい。
(学校法人等、500床以上)

外部委託の為わかりません。
(不明、不明)

病院にとって臨床検査部門は大変重要な部と思います。検体検査業務も患者さんの病状の把握に不可欠です。病院経営の効率化の為といいますが、不採算部門はまだ多くあると思います。患者さんの診断、看護、治療の一貫を考えてほしい。検体検査の測定は業務制限がなく、民間でもできるというだけで業務委託すべきではないと思います。病院機能評価の24時間体制にしても、呼び出し等、曖昧にせず、200床以上の一般病院は休日の日当、平日の当直制は必要と思います。そのための技師の定員制は必要と思います。
(公的・社会保険関係、200~299床)

検体検査において、高い精度管理に基づいて、検査や一部の出来高払い制の維持が病気や合併症の早期発見に繋がり総医療費の削減に繋がる。診療報酬改訂に伴う実勢調査において、自社での調整試薬を用いてダンピングを行っている検査センターの委託価格調査結果を検査実施料引き下げ正当化の材料とする事は医療レベルの低下、後退に繋がる。人的コストを十分に加味していただきたい。
(学校法人等、500床以上)

検体を患者さまの一部として考え、業務独占をしてほしい。
(公的・社会保険関係、150~199床)

実施すれば損するような点数はつけてほしくない！
(医療法人、150~199床)

検体検査にかかわる人間は全員有資格者で行うようにしてほしい。
(公立、150~199床)

検体検査も業務制限にしてほしい。
(公的・社会保険関係、400~499床)

院内検査の重要性を認識した医療制度改革を推進。外部委託がむしろ不利となるような制度の導入。米国の医療制度に盲従せず、米国医療の現状を明確に把握し、日本の医療が崩壊しない適正な舵取りをしてほしい。
(学校法人等、500床以上)

検体検査業務は検査技師のみが実施できるよう業務独占にして頂きたい。
(学校法人等、~149床)

本来は院内検査での対応が患者さんにとっては必要不可欠である。経費節減、人件費、採算ベースを考慮していくと質の向上を求める上でも問題を生じる。病院経営上看護ベースをへらすには問題となり、裏方の検査業務は仕事内容にも関わらず院内でも肩身の狭い所で勤務しているのがどこの病院でも傾向化している。行政の病院に対するしめつけが大いに今日に問題を残しているといえる。
(医療法人、~149床)

検体検査も業務独占で行ってほしい。
(医療法人、400~499床)

検体数に応じた技師数を法的に明示できるようにしてほしい。保険点数を適正に改善してほしい。
(国立、500床以上)

臨床検査の検体検査はやはりできる限り院内でやるべきであるとする。コストその他いろいろな理由があるにしても、迅速でかつ精度の高いデータを院内で行うことにより、検査技師自身もやりがいのある検査技術及び臨床を学ぶ事ができ病院にとってもプラスになると思う。

(公立、200～299床)

院内検査で行う場合と委託業者に出す検査で保険点数に差を出す必要がある。院内で設備投資して分析機を整備して、十分な精度管理を行って、患者から最も臨床に近い場所で検査をしており、付加価値の高いデータを出している。そのため院内検査で行った検体検査は委託した検査よりも高く評価される必要がある。

(国立、～149床)

輸血・細胞診・微生物・核酸増幅検査など判定・判断が診断診療を左右する極めて重要な検査部門は、有資格業務（業務制限）とすべきである。

(国立、300～399床)

病院においては緊急検査があります。院内検査の義務化をお願いします。又、臨床検査技師の定数化をお願い申し上げます。

(公立、400～499床)

病院検査室と検査センターとの共存は可能なのか。試薬購入価の格差より一物二価にしては、「チーム医療」の根幹は？アウトソーシングにより人件費等は抑制されるが、医療の質は向上できるか不安。そのつけが患者に行く。試薬のダンピング競争によりメーカーが淘汰され、開発費のダウンにより新製品の開発が遅れる。患者様から採取した血液、尿などは「モノ」ではない。この発想から検体検査業務が変になってきたと思います。

(公立、500床以上)

検体検査業務は臨床検査技師の業務独占にする事によって検査結果の精度を上げる事が可能となり、院内実施する事により結果の迅速性、チーム医療の推進になると思われます。又、インフォームドコンセントが得られやすいPOCTや種類の豊富な検査も可能になると思われます。

(公立、150～199床)

検体検査を業務制限の方向へ。検体検査管理加算のⅠとⅡの額差が大きいため見直しを含めて検討していただきたい。

(公立、150～199床)

診療報酬改訂の毎に検査点数が下がり、院内で自営検査部門の維持が困難になってきている。検査指導や検査説明等に保点をつけ、院内での検査技師の活躍できる体制が必要と思う。(経済的裏付けのある業務拡大)

(学校法人等、300～399床)

診療報酬の改訂等の決定に際し、その経過と理由をオープンにしてほしい。外部委託による実勢価格より診療報酬等が決定される事は、地域医療の立場から患者さんサービスの低下につながると思われますのでもう少し配慮がほしい。一公的病院の立場から。

(公立、300～399床)

実施料と判断料の操作的な報酬割合の変更

(公的・社会保険関係、300～399床)

科学的根拠に基づく医療の提供が行われやすい診療報酬の体系にしていきたい。

(医療法人、～149床)

検査の精度と点数のバランスをどこに置いているのか。どこまで下げるのか知りたい。

(公的・社会保険関係、400～499床)

患者が目の前におりながら採算性の問題より外注化されている施設が増えている。より早い対応をするためには院内でないと手遅れな検査も多いので、ただ検査会社のランニングコストだけで保険点数は決めてほしくない。
(公立、300~399床)

保険点数の見直しをする場合、委託している場合と院内実施している場合との差をつけるべきだと思う。
(医療法人、~149床)

業務制限の強化。ベッド数に応じた有資格者の定数化。院内検査と外注委託検査の診療報酬の格差。
(国立、500床以上)

医療業務である検体検査を無資格者が業務を行わないこと。
(公立、200~299床)

検査の包括化が進むのは時代だが、項目の限定は考える必要がある。点数削減を定期的実施(2年ごと)され、小さな病院では検体検査部門は赤字になるが緊急時の検査(昼夜問わない)を考えれば院内検査を行わなければならない。緊急検査の点数をつけてもらいたい(加算でなく)。
(国立、200~299床)

業務の制限化ができていない。身分確保がなされていない。
(学校法人等、~149床)

検査技師の技術料を上げてほしい。例えば尿沈渣、一般検査、血液像。医師を介さない検診事業を検査室ですすめる方向にしていく。
(公立、~149床)

医療の質及び根拠にもとづく医療の実践は、その重要な担い手として検査に多く求められています。よって、質の成果に応じた診療報酬上での評価をしていただくことにより、更によりよい医療が可能となります。例えば診療報酬上でPOCT・診療前迅速検査・院内感染対策(細菌検査)等
(公立、400~499床)

各病院により進む方向が異なると思われるが、救急等の対応を考えた場合、検査結果が直ぐフィードバックする事により、患者さまの為、治療方針等が決定される。したがって院外検査、外注検査の診療報酬が異なることは当然と考えるが…。また来年度の改定は何を、どこを基準にしているのか。センターなのか…。もう少し現場を認識するようにお願いしたい。
(公立、500床以上)

検体検査は、優れた自動分析機器が普及して、人の血液や尿及び体腔液等の検査が単に物品のような考え方で推移しているが、検体は生き物であり、専門の臨床検査技師、医師及び看護師が医療チームとしてそれぞれ専門の立場から目的を共有し、患者の的確な診断治療をなすべきで、医療の本質から逸脱して、委託業者のある分野から医療スタッフが分離される事は医療技術、医療レベルの低下をきたす事をご理解願いたい。
(公的・社会保険関係、150~199床)

保険点数は試薬が高ければ高いといった感じではあるが、再検しただけで赤になってしまう検査もあり、又手間はかかるが試薬は安い検査も点数が低いので考えて保険点数を決めてほしい。医師が保険点数をよく理解するようにしてほしい。採血管の通達等、現状では難しい対応を通達してくるか、現場をよくわかってる人も混ぜ方針を出すようにしてほしい。
(公的・社会保険関係、500床以上)

1検査2価格制度の導入。つまり院内実施検査は高く、委託検査は低くする、そうしないと中小病院検査室はやっていけなくなる。
(公立、500床以上)