

すべての検査に対して業務制限を望みます。
(公的・社会保険関係、200~299床)

検査機器のメンテナンス、精査管理には費用がかかるので保険点数をこれ以上下げないでほしい。救急医療を行う上で検体検査は必要であり、保険上の見直しをして頂きたい。
(公的・社会保険関係、200~299床)

EBMに基づく医療をしていく上で院内で正確迅速にデータを供給することは不可欠と考える。業務独占とベッド当りの技師の定員を認めていただきたい。検査センターでは無資格の人が検査を実施しており、中には日本語をよく理解していない外人も安い賃金で雇っていると聞く。検査の保険点数を不当に下げる原因ともなっており、業務独占を推進していただきたい。
(公的・社会保険関係、500床以上)

検査技術に見合った検査点数をお願いしたい(技術料+ α の点数)。輸血検査、微生物検査、生理検査については業務制限をお願いしたい。
(公立、400~499床)

検体検査の業務制限について、又、生理学的検査の業務拡大の運動などこれからも実現に向けて動きをしてもらいたい。
(医療法人、~149床)

診療報酬の包括化が進む程、経営面から見て外部委託化に向かいますますますPOCTからかけはなれてしまう。
(公立、~149床)

医療事故等の問題を含め、検体数に応じた定員数の確定。
(公的・社会保険関係、300~399床)

検体検査管理加算は院内での臨床検査の重要性を認めていただいたことだと理解しております。臨床検査技師の院内での存在価値を向上させていただきたいと思ひますし、自分自身も努力していきたくと思ひます。
(医療法人、200~299床)

ブランチラボ・FMSと院内職員での検査実施に診療点数で差を設ける。業務制限、又は資格者が実施した場合と無資格者実施での診療点数に差を設ける。
(国立、300~399床)

救急医療を行っている病院に対して休日、夜間の検体検査業務に加算額をより多くして頂きたい。
(公立、200~299床)

当病院は決して無駄な検査は行っていないと思ひます。患者さんのお話を聞いてますと個人病院や収益を重んじている病院などの為には真面目、誠実に運営している病院にはこれから益々の痛手です。診療報酬にも少し地域医療病院に余裕を。
(公立、~149床)

病院の規模により院内検査と外注検査項目に保険点数の差をつける(一物二価)。病院の機能による包括項目の数に差をつける。
(公立、300~399床)

検査業務は徒手空拳にて実施できるものではなく、設備、人員等への投資が必要であり、一定のレベルを維持するためにも、血圧の測定や脈拍を観ることと同じ扱いにしてほしくないとと思ひます。
(医療法人、200~299床)

院内で一定程度検査が可能にする為には診療報酬等で配慮すべき(設備投資、人件費、技術料等)。社会保障費用(医療費)を圧縮すること自体が間違っている。
(医療法人、200~299床)

検体検査における自費診療を無くし全て保険診療とすることを望みます。
(公立、300~399床)

細菌検査、細胞診、輸血検査、生理検査等は高度な知識と経験が要求される検査分野であると思われる。将来ぜひとも業務制限職種として認めてもらいたい。
(医療法人、300~399床)

個々の検査点数の引き下げがやむを得ないのであれば、検体検査管理加算を増加させ、院内検査の重要性を認めてもらいたい。
(公立、400~499床)

検体検査における一物二価を導入してほしい。
(学校法人等、150~199床)

(資格問題) 現在、検体検査の全てが検査の実施に関してはその資格が問われないが、院内感染をコントロールする細菌検査、検査結果をそのまま利用し実施される輸血検査、1~2と判定した場合に病理医の目を通さない細胞診検査、高度な知識と守秘義務が必要な遺伝子関連検査等について厚労省は医行為ではないとの判断で無資格者(高校生、外国人も可)の実施を認めているが、直接患者に触れずとも、結果が直接医行為につながるものについての認識を変えてほしい(真空採血管の二の舞になる)。(保険点数問題) 現在は民間検査センターの料率を元に検討しているが、病院内で実施している検査と外部委託検査は全く別のものであるので保険点数を2本立てにしてほしい(一物二価ではなく二物二価として)。(理由) 現在病院内で行われている検査は診察前検査、緊急検査等リアルタイムに分析し、即診断・治療方針決定等に対応しており、その為に部屋、機器、消耗品、水道光熱費、人件費を要しており、経済性には富んでいない。一方外部委託の場合、消耗品も含んで全てセンター持ちであり、センターもバッチ処理のため経済性は非常に良い。又、委託の場合後日報告となる為、再診料の増加につながる。一生のマグロと冷凍のマグロでは価格が違うのは当たり前ですが—
(公的・社会保険関係、300~399床)

もう少し実態に合った点数にしてほしい。例えば人手を要する検査等。検査する程、赤字になるものもあり、どう言う基準で点数を決めたのかと思うものが多い。これだけ切られると実験的な事をする余裕がなく、将来的に日本の医療技術水準は落ちていくのではないかと危惧致します。先生方の研究も検査室が協力する事が多いと思いますので、日本の医療水準そのものが遅れていくのではと心配です。
(学校法人等、150~199床)

検体検査を”業務制限”にして下さい!! “臨床検査技師”という国家資格を持っていない人が国民の命を守り、医療の一翼を担う仕事をするのはおかしい。
(公立、150~199床)

臨床検査に関する診療報酬点数の削減は必要経費に比較して限界に近い状態となっている。このままでは医療の質の低下につながるため、過剰な削減はやめてほしい。
(国立、500床以上)

薬剤に対する副作用が添付文書に書かれている。投薬すればその検査を行うことが必須であるような行政指導を行ってほしい。特に包括になった時。微生物検査を院内実施する時、人材及び設備(安全性も考慮)が必要です。現在発現菌数が多くなると赤字になります。赤字にならないような診療報酬をお願いしたい。院内感染防止委員会等への資料配布等、事務、分析作業にも人手が多くかかっています。
(学校法人等、500床以上)

医療費を減らす事イコール検査点数を減らすことを行政は見ず、机の上の計算(何%減を目標)しかしていないように思われます。
(公的・社会保険関係、150~199床)

検体検査でも患者本人の「もの」として検査実施しています。臨床検査と生理検査と検体検査に分離しないでほしい。
(公的・社会保険関係、500床以上)

医師会、日臨技等精度外部管理を行っているが、非常にコストが高い為、県単位の外部精度管理を行っているところが沢山あるが、その事業に対して援助をしていただけると非常にやりやすいと思う。県によっては補助金がついているところもあるが、県によってこの大切な事業を理解できていないところもある。県全体でこの病院、どこの診療所、各病院に行ってもある程度の検査項目に関しては基準値が同一で同じレベルでデータを見る事ができたら、何回もしないですむ検査もあり、医療費の軽減になると思います。

(公的・社会保険関係、300~399床)

2年に1回保険点数の切り下げがあり、来年(H16)も4月に多分あると思われます。検査点数も同じですが、基準となるのは全国の検査センターをベースに行っているようですが、この方法にはかなり抵抗があります。センターとわれわれの施設との試薬の購入費は比較になりません!!外部精度管理の中でどの施設にしてもそうですが、日本医師会のコントロールサーベイと思います。現実にはどの様にして現場で行われているか?本来もう少し測定値に幅があっても良いのに、今はピンポイントの答えでなければB、Cが簡単につきます。このB、Cがこわくて今のようなサーベイになってしまったと思います。ぜひ現場を見てください。

(公立、300~399床)

検体検査の業務独占。検査点数の増額、未保険適用検査への早期点数の新設。検査指導料の新設。

(国立、300~399床)

検査包括化が増加するのは疑問を感じる。検体検査加算の算定法に疑問を感じる。技術料の評価を考えてほしい。

(公立、300~399床)

診療情報の70%を検体検査に頼っている現状なのに、検査の責任を軽んじている。病院に来る患者は検査についてその病院を信頼してくるのであり、その病院は検査結果について、全て採血から結果、その解釈まで責任を持たなくてはならない。しかし、病院は委託検査については外注会社に責任があるとする。外注会社は測定kit会社つまりPL法を出してくる。患者は病院からは内部検査か、外注委託検査かは知らされてなく、外注会社は何処でどの会社の試薬を使用しているか公表していない。検体検査結果はどこで責任を負うのかを明確にしなければならない。病院は検査結果以外に何処で測定し、どのキットを用い何処が責任を負うのか開示しなくてはならない。国は行政改革で力を出せるのは医療保険であるため、医療費削減のため保険点数を下げる、安価だから経営者は責任を考えず外注委託する。検体検査の責任の明確化が必要である。検査の詳細がわかるのは病院の臨床検査師である。検査業務が多様化し、かつ国家試験の臨床検査技師の合格率が去年は56%とほかの医療系国家試験と比べると極めて低すぎる。外注化などで臨床検査業務に検査技師が必要ないのなら、もう少し受験資格を厳しく縮小するつまり全て4年生にして(一部3年生)受験範囲を分割する、このままだと検査技師を目指すものはいなくなり、また、やっと国家試験に合格しても就職先ないので、先にも述べた日進月歩している診断情報の多く占める臨床検査の将来が危ぶまれる。

(公的・社会保険関係、300~399床)

1.検査室の認定(認証)制度。2.院内検査を実施する場合の人数保障。

(その他、300~399床)

臨床検査技師という資格をもっと意味のあるものにしてもらいたい。

(医療法人、~149床)

検体検査業務は診療の補助行為で、国家資格のない人でも携わる事ができるのは、医学知識のない人でもOKという事では正確で迅速な結果を出すことはできないと考えられます。ぜひ臨床検査技師による業務独占を実現してほしい。

(公立、300~399床)

大病院や大規模施設は検体件数も多く、大きなアナライザーで測定できるので、試薬、機器のコストが低く抑えられ増収となるが、反面小規模施設ではいまだに旧式機器で用手法で行っている検査もあります。用手法の検査試薬は販売中止になるものが多く、いやでも外注に頼るか、機器の購入が必要になります。サーベランスでもこのような項目は除外扱いとなります。感染コントロールや事故防止問題や…さまざまな事項で行政の言われるようにしていると赤字が増えそうです。理に合わぬ無駄は省いて必要なものを使う、はわかっていますが、なかなかそうもいきません。お金がおっつきません。

(学校法人等、~149床)

病院の経営難、看護師の不足の現状の中、コスト削減の矢面に立たされるのが検査技師であると思います。医療の現場で、同じ医療従事者、国家資格保持者でありながら、他の職種と比して身分の低さ、発展性のなさを感じています。もっと医療の現場を我々の目視で見てくれる行政機関がないものかと思えます。それが安心できる医療につながっていくものと思います。

(医療法人、～149床)

患者への情報を早く報告するようにするには院内業務が望ましい。

(国立、200～299床)

保険点数の決め方が不明瞭。外注先の契約単価から判断されると、一般の検査室での単価計算とではかなり離れており、実情にあっていない。毎年、点数を下げるにより、一般検査室の経営を圧迫する原因にこの保険点数の引き下げが関係している。国は認めていませんが、外注先での検査の点数と、院内実施点数に差があっても良いと考える。細菌検査は、非常にコストがかかる。菌の同定には数種の培地を使うため、現状の点数では検出菌が多く検出されると赤字になる。あるセンターが非常に安い単価を示した事があるが、あの数字で菌全ての同定が可能とは到底思われない。国には国立大学病院、国立病院等の機関を多数持つのですから、細菌検査の収支は良く把握のことと思いますので、実情にあった点数に改善していただきたい。

(公立、400～499床)

検体検査業務については、患者の安全確保のため院内実施すべき項目がある。実施するに当たっては、機器・試薬購入費、人件費、精度管理に要する費用等が発生し、病院内で実施するに適正な実施料が設定されるべきであるとかんがえる。しかし登録衛生検査所（検査センター）では企業努力を重ね大量処理を行い集約する事で安価な委託検査における市場価格が存在する。診療報酬点数の改定時には市場価格の影響を大きく受け、病院内では必要最低限の検査に絞らざるを得ない状況になりつつある。この傾向が続くことは院内事故防止での安全対策に悪影響をもたらすのではないかと懸念される。よって同じ項目を測定しても院内実施と検査センター実施では算定を分けて、院内実施の保険点数と検査センターでの実施に要した実費請求の二本立てにするべきである。

(公立、200～299床)

ベッド数に対する検査技師数をつけてほしい。

(公立、～149床)

検体検査領域において検体の採取から測定・報告に至る作業における検体の取り扱い、測定精度保証、装置の維持管理、迅速な報告体制等検査の質を保証する上で身分法の改正が必須と思われる。(臨床検査技師のよる検体検査の業務独占) チーム医療のなかで検査技師が検査室外で活動する事が多くなりつつあり、診療報酬上加算されていく事を望みたい。検査技師が対応可…採血行為、検査に関する説明行為(外来入院)、自己血糖装置説明管理(SMBG)、各種教室・教育入院等の検査説明(糖尿病、腎臓病他)、POCT検査(病棟へ出向いての検査)、NST(栄養サポートチーム)への参画、院内感染対策への参画他。

(学校法人等、500床以上)

①包括的な精度管理事業、検体検査業務の標準化作業を国と日本臨床検査医学会が協調して実施すべきである。そうすれば、検査が標準化され、医療機関で互換(基準値を共有)できるために医療費の削減と診断精度の向上につながる。②試薬価格の1物2価を改めてほしい。検査センターと一般病院では試薬の包装を変えて大きな価格差をつけている。これが、検査センターの値引きの原動力になっており、不当に院内検査を圧迫する結果となっている。本来は、試薬・検査項目に関して、その性能を評価して価格(点数)を決めるべきが、どのような試薬で測定しても保険点数が同じなのは不合理である。医薬と同じようにそれぞれの検査試薬で測定したものにそれぞれの保険点数をつける仕組みを導入してほしい。院内検査部では時と場合によってはコストよりも高い精度を求めて高価な試薬を使用して臨床をサポートしている事実を認識してほしい。③検査の行方が舵取りをしている臨床検査医がいてこそ検査が正しく行われ、解釈されているが、現在のように検査を単なる“物”として軽視する姿勢では臨床検査医学教育・臨床検査医の育成にも支障をきたし、医療を根底から崩すことにつながるものが危惧される。一例として入院患者での“検体検査管理加算”が包括された事は臨床医の存在を無視するものであり、改正が望まれる。

(学校法人等、500床以上)

委託先の選択の条件は正確、適正な価格、迅速な報告書が届けられる事が主体であるので、双方の信頼関係や、医療における臨床検査の正しい役割が損なわれないように双方ともに努力する事が大切である。

(国立、150～199床)

国が打ち出した包括医療に対して、EBMを含めDr.の認識がない。エビデンスに基づく医療がコスト削減を果たす一つの要因には間違いない。
(学校法人等、500床以上)

抜本的改革をしないと目先の改革だけではダメ！改革当初は医療費は若干下がるかもしれないが最終的には減少しないと思われる。
(公立、300～399床)

①院内検査を実施している分の点数を上げてほしい。②手間がかかり、かつコストもかかる細菌や病理の点数を上げてほしい。
(学校法人等、500床以上)

検査実施行為を机上の計算ではなく実際(現場)にどのように検査をしているかを考えて保険点数の1物2価等を考えてもらいたい。病院内での至急検査と外注(委託)検査の区別を明確にしないと病院内での緊急対応に多大な結果影響が出ると思われる。
(医療法人、300～399床)

検体検査業務の業務制限
(公的・社会保険関係、300～399床)

検体検査は法的には誰でもできますが、ある程度の業務制限をもうけてほしい。
(その他、200～299床)

検体検査に従事する技師は総て技師の専門分野として認めていただきたい。できなければ専門性の特に高い分野、輸血関連、細胞診、病理、生殖医療、遺伝子関連、微生物検査についてはお願いしたい。
(国立、400～499床)

総ての検体検査結果がどこの施設においても同一レベルで比較できるような標準化が必要です。
(国立、500床以上)

国家資格として免許を与えている臨床検査技師の業務を明確にすべきと思われる。規制緩和と無資格者による業務履行は別と思う。臨床検査技師会において一部項目の業務制限を要請しているが、これらも参考にして頂きたい。検体検査における精度管理は最重要事項と思われます。精度保証を義務付けるシステム構築を国として取り組み、医療機関や検査施設に対し公正な実施を求めると同時に診療報酬等にて保障する。
(公立、500床以上)

臨床検査技師の業務制限が広がりつつあります。それは時代の流れといえばそれまでですが、ひとこと申し上げます。今後、検査はさらに高度化していくはずですが、検体検査を全て資格で制限することはあまり好ましくありません。良い医療を提供するためには、理学部、工学部、生物学出身者にも門戸を開いておくべきであると考えています。
(学校法人等、400～499床)

全ての検体を「物」として取り扱っている現行法を改めて頂きたい。
(公的・社会保険関係、500床以上)

外注業者が行っている料金を調査した上で“実勢価格に合わせる”としての診療報酬の改定では、検査精度を維持しようとしている病院の検体検査業務は成り立たなくなり、いっそうの「外注化」を進めるといふ悪循環となるだけだと思う。技師の技術料、測定器機のメンテナンス料を十分に加味した診療報酬制度とすることを望む。
(学校法人等、300～399床)

医療費の抑制策としての包括化と思われますが、一方でパラメディカルスタッフの高学歴化が進んでおりますが、活躍の場が少ない。将来、保健衛生学、予防医学的な検体検査は検診業務等で検査技師（有資格者）がオーダーできる権限をもたせることで検体検査業務の拡大、医療費の抑制ができるのではと思います。臨床検査技師の業務独占分野の拡大を望みます。

（公的・社会保険関係、300～399床）

検体検査に関わる管理加算をもっと上げないと包括化した場合院内検査が減ってしまうと思う。当然患者さんにとってもスピーディな検査体制が取れずに診療の質の低下を招き、犠牲になる場面が出ると思います。もっと法的に院内実施項目の指定を増やすことが大事だと思います。

（医療法人、150～199床）

医療費抑制政策により、検査の技術料の評価が相対的に低下している。このことが病院経営悪化の一因ともなっているので、改善、見直しを図ることを希望する。

（公立、150～199床）

診療報酬を下げないでほしい。悪循環のもと診療報酬の切り下げである。

（公的・社会保険関係、150～199床）

検体検査は無資格者でも行えるのが現状であるが、医療機関及び検査センターでは有資格者でなければ検体検査業務が行えないように法律を改定してもらいたい。

（医療法人、～149床）

①臨床検査は院内で行ってこそ迅速性やDiscussionが可能であり、一定レベル以上の病院では院内検査を行う事が重要と考えられる。②現在検査センターでの検査価格は異常であり、価格だけでは対応不可能な事が多い。これは点数を下げることで解決しない。結論として患者さんの為に院内検査は重要と考えるので、その方向で種々の問題を進めていきたい。又、毎年卒業してくる臨床検査技師の就職先がない。大学等の人数を考える時に来ているのでは？

（公立、400～499床）

プライマリーの救急はもっと高く、もっと広く保険診療を認めてほしい。院内で検査を行っているということの評価がもう少しあると良い。

（医療法人、500床以上）

現在日本臨床検査技師会として要望してきた「臨床検査技師・衛生検査技師に関する法律」の改正にぜひ理解を示していただきたいと思います。

（公立、150～199床）

各施設に分析機があり必要な項目は院内で結果がすぐ出るというシステムがベストであり、コストの面で採算が取れるような分析機の値段にしてほしい。又、地方の住民が安心して結果をすぐ見ることができるよう、ある程度の検査項目は自院でやるべきである。

（公立、150～199床）

保険返戻の基準が県によって違いすぎる。

（医療法人、200～299床）

有資格者制度の確立。医師監督下の廃止。

（公的・社会保険関係、～149床）

診療報酬に引き下げによる精度管理保証が難しくなります。臨床検査技師の人員配置基準がなく、医療界での存続の危機に立たされていると考えます。

（医療法人、200～299床）

最先端の高度医療を国民誰もが受けられる適切な保険制度にして頂きたい。現在の保険制度では精密な検査方法が開発されている中でも、現実、定性法、簡易法などにて使用。国民医療費の高額は理解しているが、逆に不適切な診療、検査漬けなどの施設への指導。

（学校法人等、150～199床）

医療法に、医療施設において臨床検査技師の定員を明文化すること（例：何ベッド数の施設においては何名の臨床検査技師を置かなくてはならない）。検体検査業務の業務独占化（例：臨床検査技師でなければ検査できない）。検体検査を行うにも精度管理など臨床検査技師は現場で苦心しております。検査を行うに当って、その検査おのおのに努力料（手技料）を加算していただければ、これほど臨床検査技師の意識向上につながるものはありません。

（学校法人等、300～399床）

検体検査業務においても業務独占が必要と思われる。

（医療法人、200～299床）

臨床検査結果の時系列を蓄積して診療に情報提供しています。情報管理料となる加算点数の要望をお願いします。

（公立、400～499床）

①院内検査と外注検査のあり方についての考えを明らかにしてほしい。②病院検査部の人員定数を義務付けてほしい。③検査業務に一部を業務制限に。

（公的・社会保険関係、400～499床）

1.市場的競争のない医療が実施出来るように、医療技術者同士を倒すような競争原理を医療政策経済に導入している論は良くない。医療水準の競争は良いと思うが、2.出来高払いが医療を歪めているという考え方は経営的競争、特に外注検査会社等の論から生じて来ていると思う。経営的競争を正す努力が必要。3.検体検査業務の業績を早期に「業務独占」職とすべきで、誰でも（無資格者）業務が可能は廃止を。4.アンケートに対して（外注検査に対して）かつて〇〇総研が外注検査委託についてアンケートをした事がある。98%弱が（日本の医療機関）外注検査であると発表された。本来は、全体（検査）の数%にしかすぎないのであったが…。このようなアンケートには「非協力的」であったが、自分達の（研究班）の経営政策としていないようなので回答したまでだが、発表に十分注意していただきたい。

（医療法人、150～199床）

検査技師は一部の業務制限でなく、医療に携わっているのであるから全て業務制限にすべき、無資格者がやれる業務ではない。保険点数はこれ以上上げるべきではない。現行の点数も決めているモノサシがなく、いたずらに委託業者にもしよせを与えている。各点数の中で手技料を上げるべき（採血、手術代）。また糖尿病療養指導でなぜ保険点数をつけないのか。

（公立、500床以上）

現在の検査点数は正確な人件費、試薬代が反映されていないと思われます。検査項目の点数の吟味をお願いします。今後検査科の収支の悪化にともない無資格従事者の就業規制強化、業務制限など厳しい管理体制が必要になってくると思われます。

（公立、150～199床）

現在臨床検査技師が行っている検体検査・生理機能検査を業務制限項目とするべき。

（公的・社会保険関係、300～399床）

医療の一環としての検査業務は基本的に院内検査室で行うべきであり、それによってさまざまなサービスが行う事ができ、またチーム医療ができることを認識してほしい。

（公立、400～499床）

病院間における委託検査を可能にしてほしい。

（医療法人、400～499床）

業務制限を設定していただき、外注業者にも臨床検査技師を義務付け、精度向上につとめていただきたい。

（公的・社会保険関係、500床以上）

①測定法によって点数が違っているが、その基準は恐らく材料費で決められていると考える。検査にかかる人件費やその検査の有用性を考慮して点数を決定してほしい。②都道府県によって違う査定を統一してほしい。③緊急・急急対応検査した患者検体については加算できるようにしてほしい。(時間内であっても)検査センターはバッチ一括測定するから効率が良い。病院では至急体制を取ると、1検体ずつ処理・測定・報告になるので非効率である。
(国立、500床以上)

検体検査を業務制限してほしい。
(公的・社会保険関係、400~499床)

保点のアップ。時間外検査のアップ。ベッド数や実施している診療科や検査の内容によってコメディカルの最低の絶対数(技師数)を定めてほしい。
(学校法人等、不明)

人件費、試薬、検査機器のコストを考えると今の検体検査に対する報酬は低すぎる。
(医療法人、200~299床)

①臨床検査技師会が言っている範囲での業務制限②それぞれの専門技師制度ができて、法律の組み立てを見なおす事が必要ではないか？
(公立、300~399床)

検体を委託する理由は医療機関個々に色々ありますが、大きく分けて①特殊な技術が必要であり院内でできない、②件数が少なく採算が合わない、③人手がない、ということだと思います。これらの理由は突き詰めれば経済性に他ならなく、特殊技術をもった技師を高額でも雇えば解決し、人手も増やせば解決できますが、採算が合わないわけです。しかし、近年、病院経営の上から検査室を置かずに全て外注(業務委託)する事が問題になっていますが、これは前記の経済性とは意味が全く違います。「全て外注」とは丸投げ行為です。自施設では全く何もしないのに安く丸投げしてその利ざやを取っているのです。ゼネコンの丸投げが問題になっているのに、医療機関での、しかも命に関わる大切な検査を、自施設では精度管理も何もせず、丸投げしてその利ざやだけを吸い取っている、このような行為を医療機関が行っていても行政では何も問題にしていけないのが現状です。しかも、診療報酬の引き下げは丸投げ行為に拍車がかかり、すべての項目ではありませんが、保険点数の20%や10%は当たり前、2年間“タダ”という条件で丸投げしている施設もあります。しかし、受託業者はどこかで儲けなければならず、特殊検査といわれている項目で採算を合わせているわけですが、ほとんど保険点数そのままの価格になっています。一説には(小生は確かめていませんが)逆鞘価格もある、とのこと。これらを考えると、行政で定めた診療報酬とはいったい何なのか、厚生労働省は現状を良く見据え真剣に考えていきたいです。また、臨床検査技師、特に検査センターで働く技師に一言申し上げたい。技師は正しいデータを迅速に依頼側へお返しすることが第一の使命です。検査センターの技師は、個々の検体がいくらで請け負ってきたものかなど知る由もなく、たとえ“タダ”の検体であろうと精度管理は同様に行っていると思います。自分の心をこめて作った製品を販売員がタダで配っていたら不愉快に思うでしょう。それと同じ行為であるにも関わらず、自分達の技術が「たたき売り」をされている事に平然としてははいないでしょうか。検査センターの技師は誇りと信念を持って自社の運営に関わってほしいと願います。
(学校法人等、500床以上)

医療費削減の方向は仕方ないにしても、検査の内容や臨床的意義を各検査項目に対して十分吟味した改正であってほしい。
(公的・社会保険関係、200~299床)

検査センターでは大量に検体を処理することができ、検体検査コストを削減する事が可能かもしれないが、検体数が限られている私どものような病院では院内検体検査は減少傾向にありますので、さらにコストを削減する事は困難となっております。しかし、病気の診断には必要な検査もたくさんあると思いますのでよく考えていただきたいです。
(医療法人、~149床)

検査点数の見なおしを希望します。内容に合ったものに設定、プランチの価格のみが中心となり、2年ごとの改定がなされているように思う。検査精度に関わるものが無視されているのではないかと。現在、点数は設定されていませんが、緊急検査に伴うコスト、人件費等を考えた場合、当然ながらほかの検査との(通常)点数見なおしが必要となる。
(医療法人、300~399床)

臨床検査技師免許取得による業務上の検査範囲をきちんと設定してほしい。
(公立、300～399床)

診療報酬点数が試薬単価のみで決められている現状を見直し、検査技師の技術的評価を加味した点数改正を望む。多くの分析機器は自動化されているが機器の特性をとらえて結果を出すまでには相応の経験が必要であり、検査知識も必要である。
(公立、500床以上)

技術を要する検査にはそれなりに報酬を
(公的・社会保険関係、150～199床)

輸血検査の技術料の設置、精度管理料の設置、基準範囲の共有化推進
(学校法人等、500床以上)

検体検査業務においても、臨床検査技師免許取得者のみが行える業務制限を段階的に作ってほしい。
(国立、400～499床)

検査センターの料率を統一化してほしい。現状でもダンピング競争で6割引、7割引等、不自然な料金が乱立している。このため検査の精度管理等、低下する可能性、また2次的に診療報酬点数の切り下げ等、さまざまな問題点があると思われる。
(医療法人、150～199床)

①業務制限(ある程度の検体検査について)、②病床数に応じた臨床検査技師の確保、③臨床検査技師養成校の4年制移行、④臨床検査技師が細菌検査実施し、検出状況等の把握が最も早いのに感染対策のメンバーに入っていない事が多いので、いれる。
(その他、300～399床)

業務の法的制限を行ってほしい。無免許者が行うようなやすい業務ではない!社会的にはそれなりの責任を持たされているのではないか。何のための免許が今一度考えていただきたい。
(医療法人、～149床)

現在、全国的に輸血過誤が発生している現状があります。特に多いのが製剤バッグの取り違い等の人的事務的ミスが報告されています。では、その輸血システムの確立はというと、各担当者がダブルチェックを実施して対応しているのが現状です。しかし輸血過誤の減少には至っていません。安全な医療を実践するためにも、病棟へ臨床検査技師を派遣しベッドサイドにて看護師、医師との安全確認と副作用等のデータチェックを行い、チームで医療を行うことが安全性を提供する手段と思います。しかし現状ではコストの面から実践するには厳しい面があります。そのためには、病棟へ派遣する技師への指導加算を診療報酬にて確立する必要があります。病棟へ臨床検査技師を派遣することにより、輸血過誤による無駄な医療費の抑制、患者さんへの安全性の高い医療が提供できると思います。ぜひ、今後の安全な医療提供と医療費削減の手段として病棟派遣技師への指針を検討していただきたい。
(医療法人、300～399床)

検体検査点数はまだまだ減少するのでしょうか。現在では病院検査室も人件費・検査機器購入費・試薬購入費・消耗品等の全般に節減対策しておりますが収支バランスに影響しております。検査点数減少をこれ以上低下しないよう特段の配慮をお願いします。
(国立、400～499床)

検査室の質に応じた診療報酬制度を明確にしてほしい。検査医による実質的管理の行われている施設とそうでない施設の差が明確でない。
(学校法人等、500床以上)

基本的に検体は物ではなく、生命に関わる人体の一部と考えると、その仕事につく技師の技術に対し業務制限を行うべきである。
(学校法人等、150～199床)

未保険検査の承認を早く。時間のかかる検査に対しては点数を高くしてほしい（問 27 の項目関係）。院内感染対策に対しての点数化を。
（国立、400～499 床）

臨床検査技師の国家免許を取得したものが行う。
（公立、300～399 床）

検査業務にとってスピードは重要な要素の一つです。したがって委託業者には検査結果の報告をインターネットや専用端末などの導入を義務付けてほしい。また精度管理は徹底してもらいたい。アメリカのように委託検査重視にするのか、両方でやっていくのか方向が決まったのであれば、デメリットに対する対応をきちんと行政指導していただきたい。企業の考え方のみで医療を決する事は危険な考え方だと思います。
（医療法人、150～199 床）

高度な技術を要する業務や精度管理業務に対しては業務独占を希望する。
（医療法人、300～399 床）

臨床検査技師の社会における位置付け？看護師みたいに 100 床に何名とかの基準はないのか？（現場としては技師数が足りない）
（公立、150～199 床）

外部委託はやむを得ないとは思いますが委託先ラボの精度管理や、その技師の技術習得レベルがもう少し明確になるよう指導すべきではないでしょうか。
（公立、200～299 床）

包括などが複雑すぎて点数計算が出来ない。
（公立、300～399 床）

保育士や給食に関する職種の便検査（細菌検査）は行政が負担するべきではないでしょうか。
（医療法人、～149 床）

包括医療が推進される中で、検体検査においては高度のテクニック・手法・精度管理を要求される項目については技術料に見合った保険点数が望まれます。医療はクリニカルパスなどで効率的な診療がはかられてきていますが、パスからはずれた合併症等における検査料の単価を包括医療では考えていただきたい。微生物検査において耐性菌の検出が院内感染対策に重要となっています。これらを検査するには通常に加えて技術や材料費がかかります。これらについても考慮していただきたいと考えます。
（公立、500 床以上）

いい加減な検査データを出させないためにも業務独占は必要と思われれます。現在の医療レベルは検査に依存している事も多く、また、検査レベルも期待されるだけあがっていると思われれます。形態分野は診断と治療に重要であり、検査データは予後と治療に重要であり、信頼のおける技術者による報告が必要と思われれます。
（医療法人、150～199 床）

検査業務について臨床検査技師の独占業務としてほしい。入院ベッド数の応じた必要最少人員（定数）を作してほしい。診療報酬の包括的支払いをするのであれば最低限の検査項目と回数を明記してほしい。
（医療法人、150～199 床）

診療報酬点数のウェイトをどこにもってくるか、もっと考え研究してほしい。
（公立、200～299 床）

検査センター等から入手した検査試薬、検査料金だけで診療報酬の検査点数を決定するのは問題がある。今後はもっと実態を調査してほしい。
（医療法人、200～299 床）

各項目の診療報酬が低すぎる。
(学校法人等、300～399床)

検体検査業務を臨床・衛生検査技師の独占業務としてほしい。
(医療法人、150～199床)

院内実施の点数化(検体検査)、検査技師の独立と雇用の促進になる。
(公立、400～499床)

微生物検査の診療保険点数のアップ。病理組織検査の診療保険点数のアップ。将来を考え遺伝子検査等も含み診療保険点数を決めてほしい。
(公立、400～499床)

検体検査の機械化・自動化が進み、検査の包括化が始まったことはやむをえないことと思う。しかし試薬代の他に機械購入のための資金、定期的なメンテナンス費用などが必要な事を考慮した保険点数の制定をしてもらいたい。臨床検査技師の資格を名称独占から業務独占にしてもらいたい。病院の規模に沿った技師数を提示してほしい。
(医療法人、150～199床)

検体検査によっては技師という国家資格を有していながら、(資格の)ない人でも自由に検査を行っていることはおかしい。高度な医療組織の中にあつて技師などが非常に軽んじられている。その為に輸血ミスや院内感染など重大な結果となる。患者に対する対応など医師より適切な検査の説明などがあるが点数化されていない。地域医療に関してもその場で採血等が出来るのにそれが点数化されていないなど、昔と今の差を行政は理解していないと思われる。
(公的・社会保険関係、150～199床)

①厚生労働省は外注(大手)検査先の低コスト実態を利用し、実勢価格は低いからと病院検査室の実施料引き下げを進めてきているが、病院や検査室の経営は厳しいものがある。また、このおかげで外注化(ブランチラボ化、FMS化も含めて)を余儀なくされているのが現状であり、検査の合理化が進行中。②外注先の低コスト化は無資格者の雇用ともつながっており精度の面でも問題であり、検査技師の雇用の場を奪っている。
(医療法人、200～299床)

技術料の評価。検査の包括化には反対。
(学校法人等、～149床)

行政管轄の医療機関と民間とでの試薬の価格に開きがある。検査機器の価格に至ってはかなりのひらきがある。
(学校法人等、～149床)

大手ラボのコストをもとに点数を下げているが一般病院の検査室は大量効果は見こめないの点数は2本立てにするべきでは。
(国立、500床以上)

医学の進歩は日進月歩である。臨床検査もまた同様に日々新しい検査項目や検査方法が開発され、最新の医療を目指す病院にとっては有効な検査項目や検査方法の速やかな保険適用が望まれる。
(公立、500床以上)

検査室が病院内にあるのが望ましい。臨床側との対応がスムーズに行く(チーム医療)。検査結果データの異常値が出た場合、病棟患者の状態と比較確認できる。院内感染の情報の管理の為に病院内に細菌検査室がある必要がある。
(学校法人等、150～199床)

診療報酬のマイナス改定が続き検体検査業務の委託化が加速されている。しかし検体検査業務の完全委託化は公的、またはそれに準ずる病院において危機管理、チーム医療、責任の所在など問題となりやすい。また、コストを重視するあまり精度、患者サービスなどに問題が生じやすい。
(公的・社会保険関係、400~499床)

包括化が進み点数の引き下げが進むと推測されます。対策として検査技師会、試薬業界、機器業界、検査センター業界が同一テーブルにつき4者が互いに認め合い、同じ考えのもとで国へ検査業務の重要性を働きかけていくべきと考えます。
(学校法人等、400~499床)

今より保険点数を下げないでほしい。もし下げるのであれば、見合った判断料のアップを望む。
(学校法人等、~149床)

保険点数の切り下げを中止する。自由診療を導入する。業務制限をする(特殊検査について)。
(公立、200~299床)

診療報酬の改定による病院運営面から検査室のランチ・FMS化が加速しておりこのような状況から現場では雇用不安が広がっています。診療報酬の改定は致し方ないと思いますが病院内に検査室を設置、稼働している施設に対して下記の項目の見なおし等検討していただければと思います。①検査判断料、②精度管理料、③院内感染対策料
(公立、300~399床)

輸血検査や診断に重要な意味をもつ検査については技師の独占業務として法改正を求める。
(公立、400~499床)

生理検査と同様に業務制限が必要
(公立、200~299床)

一般業種と病院では置かれている環境が違い業務としては365日24時間営業的な環境を人々または患者様は要求している現状ですが、病院での労働条件と、週休2日制が定着しつつある一般業種で差が生じておりなおかつ、経済性の面では保険診療での点数制約で収入が得られなくなっている現状です。保険点数を削れば、そこで働く人の人件費をまず下げることになり、労働条件や経済面で病院で働く人達が、より苦しくなる現状です。病院で働く人達を考え、また患者さまのことも考えて保険制度を見なおすべきではないでしょうか。
(医療法人、150~199床)

検体検査判断料と検体管理加算が逆なのではと思います。各々の検査部門で検査をし、検査結果を多面的にチェックしているのは技師だと思います(検査項目間の解離など)。医師はその結果を総合的に判断しているのであって各々を個別に追いかけているとは思えない。したがって各施設で実施しているならばその手当を検査料(?)にするべきだと思う。FMS及びランチの施設と院内(自前)検査?(料)と明確化をはかるべきと思う。また診断に当然必要と思われる検査(PAIgGなど)が未収載になっている。現状の把握を2年毎に改正があるならばしっかり見てほしい。
(公的・社会保険関係、300~399床)

業務制限になっていないので早急にしてほしい。現実には臨床検査技師しか検体検査は行っていない。若い医師にとって検体検査はとても重要なものとなっている。ベテランの医師の触診などより測定により数値化されたもので診断がなされるようになってきている気がする。その中で保険点数はマルメ化されたり、引き下げ担っている。これだけ必要なものを簡単に点数引き下げされてはならないコストのことも考えると医療そのものが危機にさらされることになると思う。
(公立、150~199床)

診療報酬点数の決め方に疑問を感じる。
(公的・社会保険関係、200~299床)

病院内でできる検査室のメリットを守っていけるような診療報酬をお願いします。
(学校法人等、200~299床)

簡易キットを用いて行う緊急性のある検査については（インフルエンザ、ロタ・アデノウイルス、RSウイルス、O-157 抗原等）通常の診療報酬では採算が悪いので、簡易キット用の診療報酬を設定していただきたい。

（公立、300～399床）

検体検査における診療報酬は臨床検査センターにおける原価（経費）を参考（ベース）に決定されている部分が大いにある。これは臨床検査センターと病院ましてや小規模の病院と比較した場合、試薬、機器購入費など1件あたりの経費を考えると比較にならない。その為検査センターをベースにすると病院としてはおのずと外部委託の波が押し寄せる。しかし病院内では緊急検査への対応を含め院内検査を実施する必要がある。そこで検体管理加算と同様な考えに基づき、委託の場合と院内にて実施した場合の保険点数に格差があって然るべきだと考えます。また臨床検査技師における法改正運動（業務制限等）に積極的に協力、取り組んでいただきたいと思います。

（医療法人、150～199床）

保険点数の引き上げ、マルメ（包括）をなくせ。

（公立、～149床）

無資格者の分析業務の禁止

（学校法人等、200～299床）

以下の検査項目を保険適用としてほしい。薬剤リンパ球刺激試薬・DLST（細胞免疫）、アスペルギルス抗体（血清）、ヒアルロン酸（胸水）、オリゴクロナール IgG バンド（血清）、NSE（胸水）、ADA（胸水）、血中リゾチーム、抗カルジオリピン IgG 抗体（血清）、シクロスポリン（薬物分析）、血小板関連 IgG・PA-IgG（血清）

（国立、300～399床）

輸血（臓器移植を含む）、遺伝子検査等は高度な技術や知識を必要とし、その結果が直接患者様にかかわる事を考えると、分野によっては臨床検査技師の業務制限とすべきではないかと思えます。（現在は誰でもできる）

（公立、500床以上）

アンケート内容について。外注、ブランチ、FMS を組み合わせている施設が多いと思われる。単に委託検査についてと問われても非常に曖昧な回答しかできない。これらを厚労省が資料として今後の対応を決定するのであれば不満である。実態をきちんと把握できるアンケートとすべきである。

（学校法人等、400～499床）

院内検査に対する点数のさらなる加算。

（医療法人、300～399床）

感染症検査等の精密測定が保険で通るように。

（医療法人、300～399床）

業務制限を特に強調したい。

（医療法人、300～399床）

臨衛技法で検体検査の業務制限をしてもらいたい。

（国立、500床以上）

病院内で検査を実施していることを評価していただきたい。検査結果を早く説明できたか、例えば「緊急加算」の様な制度があればと思います。

（医療法人、～149床）

臨床検査の地位の確立

（医療法人、300～399床）

当院では Xp 技師が責任者としているだけで検査技師の責任者はいない。病院内での検査数に応じた定数を明記して欲しい。また、検査のことは検査技師が責任者が必要であると思う。
(医療法人、150～199床)

診断には必ず結果は必要である。診療報酬のこれ以上の引き下げは不当。
(医療法人、200～299床)

輸血関連の検査項目①不規則抗体の検査は外科系の入院時スクリーニング項目として保険点数を付けて欲しい。②手術時における予備血液についても最近の交差適合済みの血液にも保険点数を付け加えて欲しい。
(公立、200～299床)

医療費の相対的な引き下げにより検体検査の委託が増えていくのは仕方ないことかと思う。しかし臨床と委託先のパイプ役として臨床検査技師の配置を法により定める必要があると考える。
(学校法人等、300～399床)

検査技師の技術・時間が掛かる尿沈渣、血液像等の保険点数が他の機械で測定する項目に比して低い。保険点数が病院内と検査センターが同じなのは納得がいかない。明らかに検査センターは格安の試薬提供を受けている。保険点数を検査センター価格で設定されては院内検査室はとうてい太刀打ちできないし、検査の外部委託化が進むばかりで、患者データの迅速な提供が出来なく良質な医療提供から逆行する。
(公的・社会保険関係、300～399床)

医療保険制度改革で診療報酬面から実施料の抑制、包括項目の拡大、判断料・管理料への移行、定額方式の導入など検体検査での収益面の上昇は望めない中で、いかに検査価値を高めていくか我々の課題である。病棟に出向き糖尿病教育入院に参入したとしても現在検査技師に対する検査指導料は算定できない。(栄養指導、服薬指導は保点あり) 今後検査についての指導 etc 行った場合の保険適用を期待します。
(公的・社会保険関係、200～299床)

業務の独占をしてほしい。
(国立、300～399床)

DRG、クリバス等、医療の標準化の速度を速めていただき、検査の総数は減らす努力をした上で単価は上げてもらいたい。人手、技術力を要する検査は点数アップしてもらいたい。病院が有機的に動けるよう医療職の教育に力を入れてもらいたい。
(公立、500床以上)

頻度は少ないが重要な検査で逆鞘になっているものがあり見直しをしてほしい。
(学校法人等、150～199床)

ICG など古くて用いられない検査方法項目は保険適用外にし、学会や臨床側で認められる新しい検査を随時保険適用にするようにし、質的向上をはかるべきだと思います。その為には必要項目と不必要項目を明確に区分、整理する必要があると思います。
(学校法人等、200～299床)

検査技師の独占業務化。保険点数の引き下げなし。管理加算Ⅱの大幅引き上げ。
(国立、500床以上)

ランチ化される検査科の労働条件、検査精度について適切な指導と実態調査を行ってほしい。
(公立、200～299床)

診療報酬改定が財政的理由による抑制政策で行われるのであれば、今後深刻な問題となるであろうと考える。検体検査業務で利益を追求するのであればそれは精度に関わってくる問題であり、医療の質が問われる事につながる。既に行われている改定で検体検査部門では限界に来ていると考える為、今後の十分な配慮をお願いしたい。
(学校法人等、～149床)

検査センターへの納入試業の価格がかなり安く、これにより検査実施料が下がり、またこれが検査点数の下降につながるのではないと思われる。悪循環である。行政で調整はできないものか。
(学校法人等、150～199床)

アメリカ方式のような(包括など)医療体制はよくないと思います(高いお金を払えば高い医療が受けられる)。日本は日本独自の(今までの)すばらしい体系があります。低・高所得者に関わらず高い医療が受けられる。
(学校法人等、～149床)

疾患別あるいは薬剤の副作用チェックの検査項目・頻度を明記してほしい。障害者、重心加算がほしい。
(学校法人等、～149床)

病院の規模による検査技師の最低人員を行政が決めてほしい(例:生理○人、病理○人)。検体検査は精度管理を必ず行うことを前提に無資格者でも検査ができるようにしてほしい(技師の高齢化、生理部門への応援要請に対応できない)。検査部門の人手は自動化をしてもこれ以上減らせない状況にある。セット検査の項目を国が決めて、余計な検査をしないように医師を教育してほしい。風邪のような病気でも病院にかかると必ず検査となるので検査そのものを減らす事を考えるべきだ。技師の判断力を要する検体検査(尿沈渣、血液像目視、骨髄像等)については保険点数を上げてほしい。オーダーが多くなり逆に多忙になる危険性もある。
(公的・社会保険関係、400～499床)

検査の保険点数の査定対象を検査センターのみとしているのは不平等であり、病院特に教育病院について考慮すべき。医療費を削減する政策のみで対応していると病院検査室の検査技師は減少し、検査技師の全国的な低下を招き臨床検査の空洞化が起こり、日本の製造業の空洞化と同じ事が起こる。自由診療を導入するなり、消費税を導入するなど新しい方向に発想を変える必要がある。健康の維持管理の分野に資金を導入し、患者の削減政策を行う。医療の産業をもっと拡大して雇用を増加させる。その為には高所得の対象者向けの自由診療を導入する。医療・健康産業を産業として育成する。
(国立、500床以上)

原則的に包括化の廃止、導入を増やすのであれば病院機能に応じたきめ細かな包括化。
(公立、400～499床)

院内実施の必要性や重要性は把握していると思われるので、医療高騰のみを捉えるのではなく、必要な医療のガイドライン日本型を作成すべきである。
(公立、500床以上)

診療報酬の包括的支払いによって検体検査業務はこれから現場の経営改善が当然進みますが、実際は現場が頑張っても包括診療のため検査に入ってくる収入が減り分析機等のメンテ等もできなくなるのでは。これにより検査結果の精度が落ちるのではないかと。
(国立、500床以上)

診療報酬改定が時々ありますが病院経営を悪くするような仕組みは職員は望んでいない。過剰な投薬や検査なら査定されるべきであるが見直しのたびに改悪されていくのはどうかと思う。病院経営が成り立たなくなる危険性が出てくる。
(公的・社会保険関係、150～199床)

臨床検査の重要性を認識して、業務制限にしてほしい。検査室の外注化を促すような動きはやめてほしい。委託料金＝実勢価格と単純に考えてもらいたくない。大量に処理する外注業者とリアルタイムに患者検体を検査する院内検査とではランニングコストに大きな差が出るのは当然である。点数に差をつけても良いのではないかとと思う。(つまり2本立てにしてもらいたい)
(医療法人、200～299床)

臨床検査技師の検体検査の業務独占、各検査項目の標準化
(医療法人、150～199床)

業務制限の必要性を重視してほしい
(公立、～149床)

公的病院の検査委託料の入札制を止めさせられないだろうか？検査データで一番大切な事は言うまでもなく精度である。にも関わらず物と同じ感覚で委託先を入札で決める今の体制は正に異常である。こんな事をいつまでも続けているから一時下火になっていた検査センターのダンピング競争が再び激化し受託料金の低廉化傾向に拍車を掛ける事となり、そのことが今度は診療報酬改定での検査実施料引き下げの根拠に使われるという悪循環を繰り返す事になる。今でもまだ20%台を提示してくるセンターがあり、そしてまたそこが落札されていると聞く。狂気の沙汰としか言いようがない。正に医療の健全化に逆行すると思われるが…。

(公的・社会保険関係、150～199床)

各施設が医業収支維持に追われ、検査の品質、適切な必要検査が行われなくなる可能性がある。医療のインシデント、アクシデントを少なくするためにも十分な精度保証があり、有能な人材が働ける場とする必要がある。

(学校法人等、400～499床)

検体検査業務を検査技師の独占業務にしてほしい。

(医療法人、～149床)

検体検査部門は独立して業務を行っているが、原価計算管理による収益分析はなしえていないので、検体検査業務に関する要望を示し得ない。検体検査については、香港での日本人患者の受療の請求を見る機会があった。個々の検体検査の単価がICUからpost-ICU、さらに普通病棟に動くにつれ漸減しているのを見た。他の諸外国の状態なども、ご担当者は調査研究していただきたい。

臨床検査の各論となるが、①エコー検査の検査点数は、器機の価格を反映して設定されていると思うが、器機が以前より安くなって普及しているものの、検査点数は不変の状態が続いている。見直しがなされるべきである。②心臓カテーテル検査（動脈造影カテーテル法、脳血管）は検査であり、PTCA（脳血管手術）などは手術であり、担当する医師以外は理解できにくい。日付を別にするとしても一連の診療行為であることがあるわけであるので、包括の考えを入れられないか。

(公立、～149床)

検体検査業務を検査技師の業務独占にするように

(医療法人、200～299床)

病院の赤字につながる診療報酬の改定はなるべくさけていただきたい。地方病院は医師確保が非常にたいへんである。検体検査はこのままでは緊急検査のみになる可能性があり、スタッフの育成がますます困難になり、士気の低下を招く。

(公立、300～399床)

各施設の検体ブランチ化をよく耳にします。検体のブランチ化もすべてが悪いものではなく自動分析機を使用する検査（生化学、免疫、形態学を除く血液検査）などはむしろ機器のメンテナンス、試薬のコストを考慮するとFMSのほうが合理的かと思います。院内検査業務を行っている臨床検査技師としてはただ外注化だけを考えるのではなく（外注業者にも色々レベルがあるため）私達の専門性を考えていただき（データの読み方、必要検査項目の問い合わせをしてきてくれる医師もいます）安ければ良いという考えは避けていただきたいと思う。これからはより少ないデータからより多くの疾患を考えなければならない時が来ると思います。そんな時臨床検査技師がその専門性を生かし患者さんのための働ける職場がほしいと同時にそうしていかなければならないと常に考えております。

(公立、200～299床)

緊急患者や重症患者のPOCTの重要性などから院内検査と委託検査の差があっても良いのではないか。

(医療法人、300～399床)

検体検査実施料を、これ以上引き下げないで下さい。検査技師が失業します。

(公立、200～299床)

保険点数の改定に当っては、検査報告の迅速性や正確度等を考慮していただきたい。輸血に際して行われる適合試験等は国家認定制度を制定していただきたい。
(国立、300～399床)

微生物検査が採算にのる診療報酬体系にしてほしい。採血業務に対する点数が低すぎる。採血に携わる人員と時間に見合ったものにしてほしい。
(公立、500床以上)

臨床検査技師の業務制限にしてほしい。
(医療法人、200～299床)

検体検査を臨床検査技師の独占業務にしてほしい。無資格者が検体検査を行うことで検査精度の低下を招く。今後、包括支払いの割合が増えても病院の評価（特定機能病院の指定・医療機能評価認定病院・専門認定医の確保等）の違いで包括支払いの金額を増減してはどうか？検体検査の実勢価格が不透明なため委託検査センター間のダンピングになっているので早急に規制された実勢価格に安定した診療報酬の確保と検体検査管理量（判断料、検体検査管理加算等）の増額を望む。※実勢価格（検体検査実施料）
(医療法人、500床以上)

技師免許有資格者のみができるように業務独占を確立すべきである。
(公立、200～299床)

診療報酬包括の見直し
(国立、150～199床)

これ以上診療報酬が下がった場合採算が合わなくなる。
(学校法人等、200～299床)

昨今の医療改革はマスコミ等で報じられている様に医療費に削減が第一目的のような気がしてなりません。我々は日本の医療費が先進各国の中で極めて低いことを知ってますし、医療の質を担保とした医療費の削減、又はそれに伴う検査のアウトソーシング化については大きな懸念を感じています。もちろん院内内で実施したのでは経済的に問題となるもの、迅速性が要求されないものについては外注化すべきですが、それ以外のものについては極力院内で処理するのが望ましいと考えています。
(公的・社会保険関係、150～199床)

保険点数が下がるとルーチン検査は外注の傾向となるであろう。必ずしもよい傾向とはいえないと考える。技師の適正数に関する指針が定められるとよい。
(公的・社会保険関係、150～199床)

業務制限（認定した技師で）を法律に盛り込んでほしい。診療報酬に関して何を基準に点数を減点しているのかを明らかにしてほしい。
(国立、400～499床)

判断料と比較すると検査料は安すぎないでしょうか？
(医療法人、～149床)

検体検査についてのガイドラインを作成する。検体検査に院内加算点数があってもよいのではないか。検査室の収入が減り運営が難しくそれなりの評価をほしい。
(公的・社会保険関係、300～399床)

外注と院内検査室との格差をつけてほしい。
(医療法人、150～199床)

院内での検体検査管理加算を上げてほしい。
(医療法人、200～299床)

所管行政機関の検査施設に対する監査結果を情報開示すべきである。インターネット上での公開は簡単な事です。

(公的・社会保険関係、～149床)

DRG/PPSにより包括化への流れが進むことは避けられそうにもありませんが、次の点につき要望致します。①検査結果が診断・治療に大きく影響を及ぼしますので過度の包括による医療費抑制については再考が必要。②医療の質及びサービスの向上に貢献できる認定技師制度に基づく検査結果については相当の評価をし点数加算を認めていただきたい。(認定輸血検査技師、日本糖尿病療養指導士、認定臨床微生物検査技師、認定血液検査技師など)

(公立、500床以上)

包括支払い、保険点数の削減が続けば中小病院の検査室はFMSあるいはランチにならざるを得なくなってしまう。検査の収入が少なくなり病院として運営が難しくなるのは仕方ない事と思います。しかし中小病院であるからこそできることがあります。緊急時の対応の早さです。そのためには院内に検査室がある事が必須です。院内検査存在に向けて検体管理加算は助けになりました。院内で検査することは病院の質の向上になくてはならないと考えます。

(医療法人、150～199床)

①保健所・衛生研究所が中心となり感染症検査を構築することによりレベルアップが可能になり、情報交換も円滑になり、地域でのサーベイシステムも可能になる。②輸血ではスクリーニング検査が輸血の安全性を考え月2回まで保険適用を要望。③検査点数について検査センターと医療機関での実施点数に差をつけるべきである。たとえば緊急検査(至急検査)等の加算など。

(公立、500床以上)

業務制限を実施すべきである。

(公立、200～299床)

事務的に医療費削減という事で検査点数をカットするのではなく、技術・コストに見合った診療報酬にしてほしい。

(学校法人等、300～399床)

国は委託検査ばかり推し進めている。検査も器械だけで結果を出しているのではなくそこには人が絶対必要である。チーム医療をするには委託検査では無理です。優秀な技師を育てるためにも病院内検査室が生き残れるような制度を望みます。

(学校法人等、300～399床)

臨床検査技師法において検体検査は名称制限となっていますが、それを業務制限にしていいただきたい。このアンケートは毎年されますでしょうか？

(公的・社会保険関係、150～199床)

①近年検体検査業務のランチ化やFMSが進んでいるが医療事故が発生したときの責任の所在を度の様にするのか。②医療の効率化は大切な事であるが効率化ばかり優先させるのではなく「患者満足度」を優先させた上でハード面、ソフト面そしてヒューマンウェアを充実させる事が大切である。③検査技師が行っている検体検査の結果で処置をしたり手術したりするので検査データは欠かせない情報であるにも関わらず検査技術に対する価値観が低いと思う(機器管理、試薬管理、データ管理があつての患者情報)。患者と直接関係しない業務でも患者のために絶対必要な業務が検体検査である。患者情報に対する価値を認めていただければと思う。

(国立、500床以上)

保険点数の設定の根拠に検査センターの試薬単価が参考にされていると聞いていますが、病院検査では購入できない価格です。センターと病院の購入価格の差が大きいのでは？また院内検査のメリットとして迅速な結果が得られ、すぐに臨床へフィードバックされます。診断・治療に患者サービスの上でもセンターと病院検査室の何らかの点数上の差が必要ではないかと考えます。

(公的・社会保険関係、150～199床)

検査実施料の引き下げは検査室の運営を困難な状況にさせている。将来、病院検査室の運営を委託へと進めることが目的となっているのかが知りたい。
(公立、300～399床)

病院設立の目的を明確にして県立病院の果たすべき役割や責任を明らかにする。当センターは県立病院であるため、地域にとって欠けている医療を行うという責務から経営改善等必要であるが営利面のみ追求する方向性には疑問を感じる。数字や収入に換算できないソフト面の充実が患者サービスへつなげるものとする。
(公立、300～399床)

検体検査については診療報酬改定に流れを見ても毎回包括化が進んでおります。(判断料の設定も含めて)実質はその度に検体検査に対する手技料がダウンしておりそれらについてご検討願いたい。
(医療法人、200～299床)

現在の保険点数は病院内で行っても外注委託業者が行っても同じ点数です。本来であれば大量の検体を大量の試薬で処理する委託業者と保険点数において格差があってもよかったですのではないかと思います。
(公的・社会保険関係、200～299床)

検体検査の中でも緊急検査として実施する項目は保険点数を下げないでほしい。
(公的・社会保険関係、150～199床)

①病院全収入のうち検体検査が12～15%程度の収入を占めるような医科点数表の見直し。②院内検査と外部委託検査の医科点数表を分離していただきたい。
(国立、500床以上)

試薬費(価格)に見合った保険点数の決定(検討)をお願いしたい。
(学校法人等、500床以上)

緊急検査や院内実施項目等については優遇措置を取る等してほしい。
(医療法人、～149床)

診療前検査に対して加算してほしい。
(公的・社会保険関係、400～499床)

検査センターなど委託業者の進出を止めてほしい。
(医療法人、300～399床)

細胞診検査は有資格者のみ検査するのに、患者様に血液を入れるという輸血検査には業務制限がないのはおかしいと思う。認定輸血検査技師の資格がないと輸血検査を行ってはならないと早く決定する事を望む。
(公的・社会保険関係、200～299床)

有資格者(臨床検査技師等)の制限業務としてほしい。
(公的・社会保険関係、200～299床)

検体は「物」であるとの考え方では検査の質を落とす原因になると思われます。また検体や検査が粗末に扱われる原因にもなっています。検体は生き物であり(生命の情報源でもあり、慎重が必要である)、単なる物ではないと思います。
(公立、150～199床)

しっかりとした診断目的で医師が必要と認めた検体検査は、規則という形のみで保険点数審査などで却下されない様配慮される事を望む。本当に必要なものは認めるべきである。
(国立、500床以上)

①国家検定による標準品の提供。標準法の提示など、たとえば米国での FDA、CDC などのような機関の設置。測定値の統一化が進みます。②検査センターの、適正運用の指導強化。薬事法などの改正も含めて。大手センターでは、自家製試薬での測定が行われていますが、一度薬事を通ったものでは、内部使用分のような改悪が行われてもチェックがかからず放置されたまま。上記のようなことをしなければ、一般入札で、保険点数の 30% 落ちしての運営は不可能と思えます。
(公的・社会保険関係、500 床以上)

試薬の二重価格を禁止してほしい(検査所の破格の料金を可能にしている)。教育指定病院・臨床研究には院内検査は不可欠である。レベルの高い院内検査が育つような行政支援が不可欠である。独法化に向け、大学付属病院、国公立の大きな病院が、価格競争の渦の中に入って、二重価格に守られた検査所によってつぶされるのは禍根を残すことになる。日本の医療レベル維持と医療の進歩の為に院内検査の重要性を忘れてはならない。充実を図るべきと考えている。
(国立、500 床以上)

検体検査業務を臨床検査技師が業務独占できるように望む。
(医療法人、200~299 床)

検査に関する診療報酬について臨床上納得のいかない査定、保険設定があります。診断上、この組み合わせの検査が必要と思われるものについても同時算定が不可能であったり、臨床側への理解がないように思われます。患者様にとっても、確定診断が出来ないため、適切な処置がおくれたり、再診しての検査になったりと、何のための保険診療なのか、疑問に思います。
(医療法人、~149 床)

現在の法律では、業務独占が行われていないが、各分野において、認定試験等により、専門性を図り、各個人のレベルアップを行っている。これらにより、是非検体検査にも、業務独占の必要性があると思われまます。
(公立、500 床以上)

検体検査業務を法的に規制し、業務独占とする事を強く望みます。無資格者による業務は QCM (クオリティコントロールマネジメント) などの点について非常に不安である。
(公的・社会保険関係、200~299 床)

保険点数をどんどん下げていくのはやめて欲しい。精度管理やコントロールサーベイなどいろいろきちんとやっているのに点数が下がっていくのは残念です。時間外にきた検体検査にも加算をして下さい(一度きった機械を立ち上げるとスタンダードコントロールをかけるので、その代金がかかる)。検査に必要な仕事の範囲を広げてもらいたい。たとえば採血量は 20ml までなどを変更して下さい。検査技師に危険手当 8% は低すぎる(当院はレントゲン薬剤にも 8% ついている)。検査部で輸血の管理をしていれば加算をして欲しい。
(医療法人、150~199 床)

日常検査に多く依頼される、生化学、免疫、血液、尿一般検査の保険点数の切り下げは検査室にとって大きな打撃を受ける。病院経営の収支率にも影響を及ぼし、検査室の縮小化が進む。ある程度の包括化、切り下げは、今日の医療行政の立場から見てもやむをえないと理解されるが、大幅な切り下げは考えてもらいたい。検査室の効率化もほぼ限界。
(学校法人等、400~499 床)

医療費を抑制もよくわかるが、患者様中心の行政であってほしい。
(公立、500 床以上)

輸血検査などの業務制限を取り入れてもらいたい。院内感染検査の加算。
(医療法人、150~199 床)

今後検体検査は、一極集中で行うシステムに変換されていくと思われるが、一ヶ所の過ちが、すべての医療現場に影響を及ぼす事態となり、危機感を感じる。最低限の緊急的検査は、病院内で行い採算が確保出来るシステムにすることが、大切であると考えている。
(学校法人等、~149 床)