

下記の業務を有資格者の臨床検査技師の制限業務として規定していただきたい。輸血（臓器移植）に関する検査、臨床微生物（ウイルス学的）検査、細胞判定に関わる検査。
（公立、500床以上）

①臨床検査技師制度の不備により、検体検査の取扱いに一般の資格を持たない人々が検査業務にて検査データを提出している。検査センターでは特に無資格者にて人件費を下げ、それが検査委託費のダンピング競争となっています。HIV検査など社会的に問題となる項目が何もわからない者により検査結果として医療機関に結果報告されているとしたら、一般社会の人々は検査不信となると思う。今こそ、有資格者での検査データの精度管理が重要であり、検査技師の資格による業務制限は必要です。行政は医療費を下げる方向だけではなく、質を上げる検査制度の改革と、委託業者の内部チェックをすべきと考えます。
（公的・社会保険関係、300～399床）

委託の価格を決める制度を作る事により、ある程度の料金の適正化を図り、これ以上の改悪をなくす。
（医療法人、150～199床）

検体検査管理加算（I）及び時間外緊急院内検査加算の充実。院内感染制御に専任技師の増養（配置）：MRSA等の細菌検査関連。業務制限が必要。
（国立、500床以上）

院内感染対策の為、重要な細菌検査はやればやるほど採算にあわなくなります。外注では対策はとれないと思われます。診療報酬をあげていただきたい。迅速に診断できる有用性のある簡易キットなど、保険で認めていただきたい。これから、中小の病院に最初に、患者様が来院されることが多くなると思われます。
（学校法人等、150～199床）

微生物学的検査実施料が安すぎる。検査の技術料を考慮してほしい。
（学校法人等、500床以上）

検査の保点を決定する時に、その検査を実施するのに費用がいくらかかるのか、手間がどれだけかかるか等、十分調査してから保点を決定して欲しい。
（医療法人、200～299床）

臨床検査技師の一般社会から見て知名度がまだまだ低すぎる。業務の内容等も知らない人が多い。ピール必要。臨床検査技師は、法律から見ても、医師の指導監督など、現実とはほど遠い束縛を受けている。改善すべきである。
（医療法人、400～499床）

院内での即時検査と外部委託では、検査結果の利用価値が大きく違うと考える。保険点数上で差をつけるべきではないか。ランチ等外部委託化を推進するような政策は患者さんのためにならない。クロスマッチが輸血しないと収入に結びつかないのは適正使用の面からも改善して欲しい。
（公立、400～499床）

認定技師（細胞診・輸血等）に対しての責任が重い割には特別な加算処置がされていない。技師料の上乗せが必要。臨床検査技師が臨床検査の結果説明を直接、患者に説明できるような体制の整備をしてもらいたい。
（学校法人等、400～499床）

全て包括的（まるめ）にすると、診断の面からもすり抜ける項目も出てくるのでは？腫瘍マーカー全体の臓器を網羅できるような（気軽に）点数配分をお願いしたい。（腫瘍マーカー以外でも）。
（公立、300～399床）

検査関連指導料の新設（臨床検査技師による）。自己血糖測定指導料の新設。
（医療法人、150～199床）

検体検査は患者様の命に直接影響を与える項目もあるのに、またその業務を行う臨床検査技師として国家資格を持った技師がいるのに、誰が行っても良いと言うことは、おかしいと考えます。業務制限が必要です（精度管理・臨床的意義を考えるため）。国が責任をもって精度管理事業を行ってほしい。早く実施をしてほしい。

（公的・社会保険関係、400～499床）

国公立病院、大学病院の改革へ向けて、検体検査を外注化を指向する本意は何なのか？—新しい検査技術等はそのような病院の現場から生まれているのです。コストのみで判断するのは危険です。一度途切れた技術力の再生産は困難です。

（公立、400～499床）

院内で実施する臨床検査に対する臨床検査技師の検査技術料の算定→臨床検査管理加算の新設。

（公立、500床以上）

診断するにあたってより精度の高い項目は包括支払いに入れないか、又は高点数になるような設定として欲しいと思います。

（医療法人、200～299床）

検体検査業務を必ず有資格者にさせる。できるだけ院内検査は委託業者ではなく、病院スタッフが行うように指導してほしい（外部の人間がする事によってチーム医療に支障をきたすと思います）。委託先の会社の検査精度に公的なランクをつけてほしい（例えば再外注の量等によって）。

（公立、～149床）

外部委託は精度管理、臨床との連携等において患者サービスの低下につながる。自前で処理する場合との差別化を図る。微生物検査、輸血検査は院内感染防止、事故防止の視点から外部委託にはなじまない。外部委託を何でもするのではなく、委託可能な検査をしてはいけない検査と区別する。

（公立、～149床）

時代の進歩に合うよう、遺伝子検査、白血病解析等の最先端の検査もニーズに合わせて保険適用を認めていただきたい。

（公的・社会保険関係、～149床）

患者さんにとりまして、その時のデータをもとに医師に診療していただく事、医療者側にしましては患者さん中心に考える事が重要と考えます。検体検査であれ、別扱いする事は困難と思います。特殊検査を除き、院内で検体検査をする事は重要であり、院内で生理検査を行うことと同様であり、こんごますます必要と考えます。医療では人の生命に関わる仕事であり、国家予算の影響を受けることなく、きちんとした医療を行う所には、それなりのものがあってしかるべきだと思います。

（学校法人等、300～399床）

診療単価の設定が、大半検査センターの原価を基本に設定されており、病院検査室の実勢を必ずしも捉えていないように思われる。病院検査室においても、一定の枠において他施設の検体受託が出来るような施策を検討してほしい。

（学校法人等、500床以上）

包括という名のもとに医療業務を「形」にはめ込むのは医療の質の低下につながる。低価格で質の悪い検査センターは排除すべきで、診療所を優遇する診療報酬体系は見直すべきである。

（公立、200～299床）

これ以上検体検査項目の保険点数を下げないで欲しい。

（学校法人等、150～199床）

病院の検査室では購入する試薬量も少なく、そのため問屋からの試薬代も高価であるが、大手の外注センターは支店分も合わせて一括で大量購入するため安く入手でき、購入価格は病院のそれと比較し、1/10程度とも言われている。そしてそれが、2年に1度改正される保険点数に反映されているため、検査点数は年々下がっており、院内検査室での検査は経営上、非常に厳しい状況に追いやられている。また、検査センターは病院から受注を得るために、検査センター間の価格競争が始まっており、過去には大手検査センターの談合事件や、経費のかかる精度管理を怠ったため過去の半年間近くに通院した患者の検査結果が誤っていた（検査センターによるランチ導入施設）などという事件が新聞等で報道されている。最適な検査条件で測定せず（試薬を薄めて使用したり、半量法を使用したりしていると聞く）、また、検査技師の資格のない人間を雇用して測定させたり、検査の価格を安くすることに注力しており、診断や治療は検査抜きでは考えられない現代の医療において、検査の質が十分に担保されているとは思われにくい状況である。さらに、ランチやFMSといった検査体制導入の話を経営上難渋してる病院の管理者に持ちかけ、その導入は増加の一途をたどっている。しかし、これらは健全な本来の医療のあり方から大きくかけ離れており、臨床側への良質な検査結果の提供は困難と思われる。

(国立、500床以上)

検体検査の業務制限を希望します。検体検査管理加算の施設基準に地域特殊性を考慮していただきたい。
(当院はへき地中核病院ですが、医師充足率が80%に達していないため検体検査管理加算が取り消しとなりました。へき地という地域性を考慮していただきたい。)

(公立、~149床)

①臨床検査技師の業務であり、「有資格者業務」として頂きたい。②検査項目は日進月歩進みますが、それに伴う機器の購入に大変費用がかかります。保険改正の照準が大病院(国立病院ランニングコスト)に合わせてあれば、件数により非常に困難なコストになります。検査データはリアルタイムに必要で、治療に貢献するためには、院内検査は必須となります。過剰検査は良くないですが、治療に貢献できる点数をお願いしたい。

(公立、150~199床)

検体検査実施料と、それに伴う技術料を加算してほしい。診療報酬の包括化が増えるにしても、検査コストが報酬を上回らない程度にしてほしい。

(個人、150~199床)

①登録検査所の精度管理について法制化すると同時に監視するシステムの構築。②診療報酬に原価主義を導入し、且つ登録検査所を同列に扱うのは理不尽であるから見直していただきたい。

(学校法人等、400~499床)

保険点数の引き下げが定期的を実施され、年々検査収入は厳しくなっています。院内で検査を実施した場合、現行の検体検査管理加算とは別に点数を追加できないか？又は検査項目の保険点数を院内で実施した場合、高く設定できないか？検査の委託料金の引き下げは、検査データの信頼性を低下させるのではないかとと思われる。

(国立、~149床)

検査手技に見合う点数を考えて欲しい。

(公立、500床以上)

生化学のマルメ項目を少なくする事。検査実施上の細かな点数づけ。

(公立、500床以上)

医療は厳しい状況にある事はいまでもなく、各病院施設において、今まで以上に経営努力をしていかなければならない。ただ検査に関して書かせてもらおうと、今後は実勢価格のやり方が良いのかどうかです。ランチ、FMS等の導入の問題もあり得ますが、価格だけでなく中身が伴っているかどうかになります。恐らく検査センター内では、今後維持できなくなり、臨床検査技師のライセンス取得者でなくアルバイト等を今よりもっと多く使用して経営努力すると考えられる。又、院内においても優秀な技師の確保が出来なくなり、医療全体の質の低下が考えられる。無駄は見直すべきですが、今後は各病院の院内検査は職員による検査を実施していかないと、チーム医療が成り立ちませんので、院内検査業務を職員が実施することを義務づけてもらいたい。それに伴い、技師の責任・技術向上等が見込まれる。現在はランチ化に伴い、チーム医療や技師本来の職域が失われつつある。

(学校法人等、150~199床)

厚生省が診療点数を何を基準に決めて変えていくのか、その根拠を明示してほしい。点数に合わせて、診療内容が変えられる事を期待(?)しているのか、安く上がれば何でもいいのか、良い方に行くと思っ
ているのか。診療指針を明示しないと納得できないのでは。
(公立、～149床)

保険点数の包括を進めないでほしい。
(医療法人、200～299床)

専門職が携わることの重み付けが行政上されないとデータ保証がとれなくなる(実施料でなく加算など)。
実施料ベースが崩れて来ているので代替策が必要。算定方式の変更。
(学校法人等、300～399床)

毎年のように診療報酬の改正がありますが、これは改正ではなく改悪であると考えます。病院経営が苦
しくなり、我々の給料、ボーナスにも大きな影響が出ています。
(医療法人、～149床)

検査センターでは多くの施設から集めてきた検体を大量に処理する為、使用する試薬も多くなります。ま
た、全国展開しているため機器の購入についても同じ機械を複数購入するとそこでも一般病院で1台づつ
購入する場合と比較すると試薬・機器購入どちらもかなり安価に購入することが可能です。2年毎の保険
点数改定時に検査センターは、顧客を減らすまいとして病院からの値下げ要求に負け値下げをします。そ
こでの減収分を今度は試薬メーカーに値下げ要求してカバーしています。一方試薬メーカーはその要求に
人員整理や統廃合などをして耐え忍んでいるのが現状だと思えます。このようにして保険点数が下がると
国の医療費は若干下がると思いますが、その影で多くの人が職を失い社会全体が活力を失っています。現
在、医療界だけでなく多くの業界(特に製造業)が同じ状況だと思えます。人件費が安いからといって製
造拠点を外国に移してリストラされる人が続出しています。そのうち空洞化が広がれば税収収入さえおぼつ
かない状況が訪れるのではないかと危惧しています。
(公的・社会保険関係、400～499床)

診療報酬改定毎に、検体検査の診療報酬が下がる為、委託せざるを得ない状況にある。院内検査と違い、
迅速な結果を得るのが困難にであり、今後包括的支払の割合が増加する事によりますます精度的問題が生
じ、結果的に患者様に影響するのではないかと危惧します。
(医療法人、200～299床)

検体検査であっても、専門的な知識が必要なので、生理検査同様、臨床検査技師が行うのが望ましい。従
って病床数に対して法的に臨床(衛生)検査技師の人数を定めるべきと考える。このこと以前に業務独占
権が与えられる事が必要。
(公立、300～399床)

①検体検査が一つの物として捉えられ、経営の効率化を掲げて外部への委託他アウトソーシングが取り上
げられる。現場では患者を目の前にして採血し、一刻も早く検査結果を診療へ提供する手法を行っても、
ことは診療点数で測られる。出来るならば、院内で検査を行う重大性を考慮していただきたい。これは検
査技師の専門性他ライセンスの尊厳に関わる。②臨床検査技師ライセンスが国家資格としていかなる意
味を持つことかである。検体検査技師にこの資格の有無制限が認められていないことが大きな問題と考える。
医師の指導監督下でのそこそこで、技師の必須制限無く検査結果ができあがって、全て医師の裁量に委
ねる医療がチーム医療と言えるだろうか?精度管理のもとで、あらゆる病院では技師が患者を目の前に
して採血、インフォームドして検査結果を判断している世相で法律だけが変わらない。③前述したが、検査
結果が出ればどの施設で検査しても点数が一律化。精度管理他検査法に縛りが無いからか?
(公的・社会保険関係、300～399床)

新規の検査項目は、できるだけ医科点数表に点数収載し、古い項目は削除する方向で対応してほしい。
(公立、150～199床)

外部委託には反対である(FMS、プランチラボ)
(国立、500床以上)

POCT でガス分析検査を行いたくても今の保険点数では、200 床以上の病院では赤字になる（包括項目のため）。200 床以上と医科に分けて検査を包括にする、しないを決めるのは、どうかと思う。200 床以上の方が、大きい病院で重症患者も多く、細菌検査（動脈血培養を含む）や、他の費用のかかる検査を必要とする患者もいる。無駄な検査を抑えるためというが、必要な検査を行えば赤字になるような保険の点数の決め方に何とかならないかと思う。検体検査がなくなってしまって外注会社のみになった時、検査の質が本当に保持されるだろうか。問題があった時に解決することも難しいし、次第に批判も出来なくなってくる。せめて支出（機器の購入費も含めて）、人件費に見合う収入が得られるように点数のあり方を見直してもらいたい。また稀な疾患でも診断上大切な検査の保険適用を認めてもらいたい。

（公的・社会保険関係、500 床以上）

昭和 23 年の医療法施行令に「診療等に著しい影響を与える業務として、人体から排出され、または採取された検体の微生物学的検査・血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査又は生化学的検査の業務」とされている事、平成 2 年の厚生科学特別研究報告書で「今後検体検査においても可能な限り有資格者に行わせることが望ましい」と記載されている事、又、平成 14 年の日本医師会による委員会報告で「無資格者による検体検査の実施は早急に禁止すべきと考える」とある。何十年來の懸案事項を長い間放置したままで、医療の質を確保せよという国の進め方には無理があり、矛盾している。本来患者の命である検体を「物扱い」と国が認めたため、検査センターの乱用、「医療の質の優先」より「経済優先」の対象に検体検査がなってしまうのを国は見過してよいのか！検査センター価格のコストに合わせた点数改定のイタチごっこ。質の高さを要求しながら、院内感染、安全管理体制他褥瘡対策などコストのかかるものに対して減点を課すやり方、公的病院（不採算を抱えている）とセンター検査の点数が同じ等は、納得いかない。これからは明確な機能分担で病院が分かれていく中、適正な病院のあり方が継続していける支援を国として体制を整備してほしい。結局目に見えない所で潜在的に弱い患者さんにしわ寄せが来ている事を把握してほしい。行政の仕事として！

（公立、400～499 床）

精度管理を行っている施設には保険点数を付けて欲しい。

（医療法人、～149 床）

自施設の検査実施と外部委託での医療報酬額の格差を付ける。検体検査は検査技師だけしかできない。

（学校法人等、300～399 床）

診療報酬が県によって違いがある。細菌検査などを認める地域と認めてくれない地域がレセプト査定されることがある。統一してほしい。

（国立、200～299 床）

患者様の負担を減らしたうえで、必要な検査が受けられる医療制度の改革。

（学校法人等、300～399 床）

外注検査の激安な試薬を基準にして点数を割り出しているのはおかしい。自分もかつて検査センターに勤務したことがあるが、臨床が見えていない。自分たちの都合でしかしていないし、検査量が多量すぎて、身動きできないようだ。細菌検査に関しては、保険点数にないものまで病院に請求してくる。細菌検査を長くやっていたので、当院に赴任してきた時、おどろいた。MRSA の有無で 500 円請求したり、感受性検査を 4 菌種やったり、素人がやった仕事だ。目的菌の所にチェックすると特別料金を請求される。私が来るまで百数十万円、病院は損をしていた。

（国立、200～299 床）

無為な不必要な検査をなくす方策の検討、実施。各検査に対して、必要な利潤を入れた保険点数にする。不必要な検査を無くすために、クリティカル・パスの模範例を各学会より示す。包括的支払いを徹底する。

（国立、300～399 床）

検体検査は近年オートメーション化が進み、検査技師の人数も少なく済むようになりました。試薬の価格（コスト）のことも考えていただきたいです。院内で検査を行うことにより、迅速な診断・診療に対応できると思い、患者様のためにも院内で行うべきだと思いますが、行政の指示で院内検査の項目を決めてもらいたいです。

（医療法人、300～399 床）

検査実施料金が毎年引き下げられ、来年度も引き下げが予定されている。是非これ以上引き下げを実施しないでいただきたい。臨床検査技師は所定のカリキュラムを習得し、国家資格として認定されている。検査データについても、データの精度や判断に大きく関わっている。ついては、それらを考慮する意味で検体加算の増額を要望する。

(公立、150～199床)

処理検体数が少ない病院検査室において、迅速検査、精度管理をきちんとすれば、コストがどうしても大量一括処理と比して割高になってしまう。迅速検査も、精度管理も臨床にとって大変重要である。適正な診療報酬点数設定が望まれます。輸血に必要な検査（血液型、不規則抗体、クロスマッチ等）は試薬が高価で、時間もかかる検査ですが、実際に輸血を実施されないと点数が取れない仕組みなので、考慮してほしい。

(学校法人等、200～299床)

検査結果が生命に重大な影響を及ぼす検体検査の業務独占をお願いしたい。

(国立、200～299床)

検体検査は患者に与える影響が大きいと思うが、その業務に対して業務制限がないのはおかしいと思う。

(医療法人、～149床)

安定的な政策を求める。常に合理化と外注化を迫ることばかり考えているようだが、医療機関は人の命を再生産する場であって、マニュファクチュアではない。ゆとりをもって、医療を提供できるような環境整備をしてもらいたい。

(学校法人等、400～499床)

検体検査業務を臨床検査技師の業務独占とする法制化を切望します。

(国立、200～299床)

検体検査は物ではない。物であるなら機器から出てきたデータを確認せずでたれながしても良いのか。

(医療法人、～149床)

院内検査で行われなければならない検査項目の明確化。疾患ごとのエビデンスに基づいた検査項目の設定。

(学校法人等、400～499床)

院内の迅速検査に対する評価（加点）をお願いしたい。同じ検査結果でも、検査依頼から結果を受け取るまでの時間により検査結果の重要度に差が出る。時間も大事な価値です。

(学校法人等、300～399床)

検査点数の低下は検査をとりまく者たちへの向上心を失わせます。検査技師の過飽和に拍車をかけます。

(医療法人、200～299床)

国は診療報酬について何を狙っているのか、分からない。病院をどのようにしようとしているのか。昨年10月の一部負担は各施設、患者の減少をきたし、病院経営を苦しめていることを分かっているのか。このままでは倒産してしまう病院も多く出てくる。市民にとって病院はなくてはならない所である。国は病院をつぶしにかかっているのかと言いたくなる。誰が健康と暮らしを守るのか。病院経営がなりたつ診療報酬改善をすべきと考える。

(公立、400～499床)

業務制限を考えて欲しい。

(公的・社会保険関係、400～499床)

身分的問題。点数を安定させる。精密測定等、精度向上、診療精度向上項目の早期点数化。院内処理についてのメリット。

(学校法人等、400～499床)

①細菌検査、②宿日直等で行う全ての検査、③輸血検査
(公立、500床以上)

外注と比較し院内検査では、場所 ME 費 (償却含む)、人件費、試薬等の出費と収入のバランスに欠ける項目もある。又、収益を追求するのではないが、日進月歩の医療技術を吸収するには投資が必要となる。そのための利益は必要と考える。
(医療法人、200~299床)

院内実施検査の付加価値を認めて欲しい。試薬コストに見合った保険点数にしてほしい。
(公立、200~299床)

診療報酬の包括的支払での病院運営を考えた場合、様々な設備投資、人的投資が必要となる。そのための援助が実際公的になされているが、その充実をお願いしたいと思います。
(医療法人、300~399床)

保険点数の改正の度に、その根拠となるものとして、外注検査、各検査センターの実施料金があるようである。検査センターによっては、他の付加価値を期待している為に、各検査項目に対する実施料金を採算性を度外視して安くして来ているのが現状である。保険点数は、それにかかる消耗品、人件費、等の分析を経て、決定されるべきである。鮮度の高い検査材料を精度の高い検査質で実施することが臨床検査の基本である。健全な経済的背景の下で精度の高い検査が実施されるべきである。
(公立、500床以上)

技師の増員。
(国立、300~399床)

自前検査(院内処理)と外注検査(外部委託)に一物二価制度の導入希望。民間検査センターのダンピングと無資格者の排除。先般の日経新聞で、日医総研が民間検査センターと医師会センターの人件費で医師会が高いのは、見直しが必要だとか書いてあったが無資格者を採用しているからでは?年間 2,000 近くの臨床検査技師が合格しているが、民間のセンターの参入による FMS、ランチにより就職口がないのが実状である。
(学校法人等、200~299床)

臨床検査技師の独占業務を望みます。
(医療法人、~149床)

手術検査は、保険点数を下げないでほしい(技師の技術レベルの低下や、士気が低下する)。包括的支払の増加は、パラメディカルの質の低下を起こすので、定数も基準に加えるべきである。
(公立、~149床)

末梢血液像検査における白血球の正常細胞の分類は、自動分析装置の分類で十分であります。病的細胞な異常リンパ球などは染色後、顕微鏡下で精査する必要があります。診断・経過把握に重要な形態学的検査は、熟練技師の鏡検による測定が必須であります。現在、病院では 30~40%を鏡検による目視測定が行われております。現行点数は自動分析による測定のみを対象としていますので、目視鏡検加算を要望します。
(公立、500床以上)

平成 14 年度、診療報酬改正にともなって 1.3%引き下げの改正が行われ、検体検査項目では 12~14%の引き下げがあった。その反面、検査判断料が 3~6%増になったが、検査に対する認識を評価していただきたい。包括医療になるといっそう厳しくなりそうである。
(公立、500床以上)

包括的支払の割合を増やさないでほしい。診察の前に検査ありきであるためには、外部委託では患者様にはデメリットが多すぎます。それ故検体検査はできるだけ院内でやるべきです。
(公的・社会保険関係、200~299床)

臨床検査技師の地位の向上。
(公立、～149床)

検体検査を物として、価格のみの競争で外注会社決定等をしてもらいたくない。患者データを扱っている事を理解してほしい。試薬、消耗品とは別なものである。
(公立、400～499床)

検体検査業務をもっと知るべきであり、ペーパー机上で決定する事が多いのではないか。もう少し現実を見てください。
(公立、～149床)

検体を“モノ”としてしか認識していない行政に問題がある。たった一項目の検査であろうと、単純な検査であろうと、時と場合によれば人の命を左右するものである。経済優先から検体検査を商品化する事に何も感じないのですか。経済優先の20世紀の教訓を！！“モノ、カネ”から21世紀は“生命の尊厳”、“人間に光り”を心ある行政を望む。
(医療法人、300～399床)

検査方法、基準値など施設により異なっている項目がまだまだたくさんあるので、できるだけ早く統一してもらい、精度管理が行いやすくしてほしい。
(医療法人、300～399床)

検査科を運営していくには人件費や検査機器購入に費用が必要です。病院が維持できる診療報酬にしてほしい。
(医療法人、150～199床)

試薬、人件費のベースを充分考慮の上点数を決めていただきたい。
(医療法人、400～499床)

検査のアウトソーシングは規制または認可制にすべきである。FMSの場合、使用機器と使用者の責任の所属責任が違いため、事故が発生した場合、民法上の管理責任と使用者責任が不明確である。従って契約に関する行政の規制が必要であると思う。検査センター業務において無資格者が検査助手として勤務しているが、実態では彼らが主体となっているところも見られる。従って受託料に見合った検査業務の確保が必要でその為の規制が必要である。
(公的・社会保険関係、400～499床)

ASOに対する血管エコーの重要性を理解してほしい。(県)
(医療法人、150～199床)

保険点数が試薬費と合っていないものが多すぎる。保険点数の改定時、どの項目でも一律10%程度の下げ方はおかしい。30%下げてもよい項目や逆鞘の項目が多い。実勢価格から離れすぎている。人件費、試薬購入等の経費を考えると機器購入コストが出ない。
(医療法人、150～199床)

今日の厳しい経済状況を反映して、検体検査を取り囲む環境も難しいものとなっている。委託業者、自動分析検査機器メーカー、検体検査試薬納入業者の系列化により、寡占化が進行し病院側での選択の余地がなくなってきている。また、これら業界の公正取引委員会からの警告、勧告等が報道を賑わし、病院側もその対応に振り回される事もある。自動分析機器の価格の不明さ、検査試薬にしても、納入希望価格と実際の納入価の違い、病院側の消費量によって納入価格も異なり、中小病院にあっては、おのずと割高な納入価を強いられる事になる。市場原理といってしまうればそれまでだが適正な価格公表の仕組みも合っているのではないか。
(公立、～149床)

至急検査に対応できる院内検査には実施料においても加算を考慮してもらいたい。
(医療法人、300～399床)

すべての検体検査に業務制限を希望（臨床支援、チーム医療、精度管理など不都合が生じ、検査技師の就職率の低下が起こる）
（公的・社会保険関係、200～299床）

健康保険法が2年に1回改正するたびに保険点数が下がりますのでそれを阻止してほしい。
（公立、200～299床）

検査実施料と検体検査判断料を再度、実施料のみに一本化してほしい。院内検査は（検体数も少なく機器化、自動化にコストもかかるため）どうしてもコスト高になるので、外部委託との診療報酬点数の差別化が望まれる。
（医療法人、～149床）

結核患者は再発時など以前とは別の病院にて診療を受けることも多く、前回治療時の菌情報などが速く主治医にわかる様にネットワークシステムの構築を願っております。
（学校法人等、200～299床）

医療行為は医療機器の介在はあるが人間が行うものであり、単なるハード面ではなくソフト面（技術、判断）に対する評価が必要と考える。検査部門も技術部門であり、そこに技術フィーがあってしかるべきだと考える。現行の複雑化する医療行為における医師に仕事を軽減し専門性に集中できる様に、患者を担当する医師以外でもできる検体検査業務に関連する行為は検査領域のスタッフに任せ然るべき評価が必要と考える。臨床検査専門医、及び、臨床検査技師による検査説明（意義、内容、経過・結果説明など）を診療報酬上認めていただきたい。
（学校法人等、500床以上）

検体検査の精度管理に関する費用が診療報酬面で盛り込まれていない。もし、院内の検体検査で精度管理業務の手を抜くと、管理試料の費用や人件費等でコスト低下が可能である。もちろん検査精度も低下し、ひいては医療の質的面でも低下すると思っています。外部委託業者の中には、この部分の経費を削減させるため、十分な精度管理を行っていないところもあるように聞いています。この機会にぜひ、検体検査管理加算とは別に院内検査を対象に、『検体検査精度管理加算』のようなものを追加していただきたい。また、地域密着型で一次救急を行っているような病院では、診療時間外の救急患者に実施した緊急検査には、現在の検査実施点数に一定の係数を乗じるか、緊急検査の院内実施加算などとして、新たに加点してほしいと思っています。
（公立、200～299床）

検体検査も患者の一部である。業務する場合は、臨床検査技師が行うべきであり、検体検査業務についても業務制限すべきである。
（公立、400～499床）

保険点数の解釈を全国一律にしてほしい。これ以上のまるめをやめ、それぞれの検査に対して正当な評価をしてほしい。
（学校法人等、150～199床）

検体検査の自主運営に対する評価を保険上の加算でしてほしい。診療報酬前検査加算の新設。包括化となった場合も臨床検査管理加算Ⅱを残してほしい。
（公立、500床以上）

検査技師による業務制限を行ってほしい（検査データの取り扱いや守秘義務の観点より）。
（公的・社会保険関係、不明）

病院で行っている検体検査は技師たちが毎日技術研究や研究会などに行き、日進月歩の医療の中で新しいものを学びながら頑張っている分野です。少しでもよい結果、正確な結果を患者側の返す事を必死で頑張っている分野でもあります。でも医療の中では検査は影の分野になっていて（別に表の分野でなくてもいいのですが）コメディカルの中でも業務制限や人数的な決まりがありません。病院の中では裏方の力持ちで頑張っているのに、外注化の槍玉にあげられ、検査室つぶしが行われようとしてしているのに納得がいきません。検査技師が安心して研究したり、働いたりできる社会的地位を望みます。
（医療法人、200～299床）

個々の患者にとって必要な検査にも関わらず、保険請求において減点や返戻が多い。また、問い合わせに対する返答が曖昧であったり、情報公開がされない点について不親切かと思えます。
(学校法人等、150～199床)

現状(現場)を見て、診療報酬、特に検査料を決めてほしい。
(医療法人、300～399床)

北海道は道立病院を運営しているが人口密度との関係で小規模病院にならざるを得ず結果採算性が非常に悪くなっている。検査は小人数で24時間対応している。委託が進めば緊急体制作りが困難になる。画一的な方針ではなく、それぞれの事情に合うような融通のきく方針施策を進めてほしい。
(公立、～149床)

病態の急変に伴う緊急検査は重要であるが、特に急性期病院では24時間緊急検査が必須である。緊急検査のみを正しく行うには、機器の能力、試薬使用上の効率から考え、その余力でほとんどの検査ができる事からある程度の検査施設は必要である。検体検査室の必置義務が緊急検査のみに限定された事は経済効率上も問題あり。また、院内検査に対抗しての検査精度であり、受注のための各検査所間での競争であるが、外部委託が増える事により検査所の利益追及のために検査所間での再外注が進み、切磋琢磨がなくなり、精度やサービスの低下につながる。よって、今よりいっそうの監査機構が必要となる。公正取引委員会が通達している様に、精度の確保されない廉価は百害あって一利無しであるが精度の無い高値安定も困る。丸適マークや現在の監査では生ぬるいと思われる。診療報酬改定においても明らかに後退していると思われる検査が対象になり、精度も高く、病態をよりの確に捉えるような検査が適用でない例が多い。たとえば初回の抗核抗体検査は不適でLEテストでなければ報酬がつかないなど。また、外注では時間がかかりすぎ高価な特殊検査でも近隣の医療機関で機器を共有し、登録検査所の許可がなくとも適時検査を施行できるようにしたい。
(公立、500床以上)

精度管理にかかる費用の算定をもう少し上げていただきたい。
(学校法人等、300～399床)

①検体検査も業務制限していただきたい。②患者に対する説明をした場合、点数がとれるようにしてほしい。
(公立、400～499床)

検査センターは無資格者が検査業務をしていると聞く(正しく精度管理されているのか疑う)。出された値は数字ではなく患者さまの体の状態がわかる人が検査すべきだ。検体検査業務も検査技師がする→業務独占。
(公立、400～499床)

包括的支払いが増えるとその包括部分の中だけでの検査になってしまい、検査の質の低下が心配されるので、これ以上の包括的支払い、特に検査項目数の包括は止めてほしい。
(医療法人、～149床)

①検体検査を医療行為と認めてほしい。②細胞学的検査、輸血検査、微生物検査、遺伝子検査は業務制限(医療施設において)にしてほしい。③医療法に臨床検査技師の職名と検査室の設置義務を明文化していただきたい。
(国立、400～499床)

検体検査にかかる費用(試薬、機器、人件、光熱)の適正な判断をお願いしたい。外注業者が示している料金はあまりにも低く、品質の保証できるものとは思えない。
(公立、500床以上)

保険点数の改正において大手センター(検査)のコストを参考にするのはなく、全体的な観点で決定してもらいたい。中小病院では大手検査センターのように安価で検査できない。このまま毎回のように点数の改正(下げ)は別の見方をすれば中小病院では検査しなくてよい、センターに依頼すればよいともれます。
(医療法人、～149床)

TATのことを考えて自主運営している職場にプラスになることを考えてください。
(医療法人、300～399床)

外注することによりコストが安い分だけ院内で実施することは、病院の利益の悪化につながりなかなか見とめてもらえません。同じ検査でも院内実施と外部委託の保点をかえていただけるともっと院内で実施出来ると思います。
(個人、150～199床)

輸血関連検査、微生物検査、遺伝子検査の業務独占(有資格者による)を強く望みます。
(学校法人等、500床以上)

最近の若いドクターは触診より検査データ、X線、CT、MRI等により診断をされようとしていますので、したがって、触診には力を入れられないので救急患者等が来た時の対応には非常に心配な事が多い?今後医療業運営において行政の限りないコストダウンにはどうお考えか知らないが、入院を短くしたり点数を下げたり…。しかし老人医療の中には無駄な輸血、意識もない人に何年も高カロリーで生存さし、家族は苦しみ、悲痛な思いで過ごしておられます。2～3ヶ月で意識が帰らなければ高カロリーを切るようにして無駄な医療費のないようにしてもっと将来のある人の医療に力を入れた方向を考えないと病院機能も麻痺してしまいます。
(医療法人、150～199床)

臨床検査技師の仕事量と定数配置を考えて検査技師の地位確保による点数的なものを加えてほしい。
(公的・社会保険関係、400～499床)

保険者等の査定がある為、検査が制限されてしまう為、医療事故防止も考慮すれば医療が十分でない場合が考えられる。
(医療法人、300～399床)

臨床検査技師にとって向かい風のような話ばかりだが、技師は技師でチーム医療に一員として積極的に活動すべきであり、闇雲な“検査室不要論”は根拠がない。適切な医療を提供する立場として臨床検査技師のいない検査室はありえないと自負している。医療費の削減もいいが医療に質の尺度の大きな部分を占めるのは医師であると思う。医師の質を上げる方が重要ではなかろうか。チーム医療が最重要であるのはいうまでもない。
(公立、～149床)

院内で行っている検査と外注検査の点数分けを行ってほしい。院内検査技師の人件費等、現在の点数見なおしは大手ラボのダンピングによって決められている様に思います。
(公的・社会保険関係、200～299床)

現在の改革はすべて規制緩和の方向ですが、検体検査業務に関して、(社)日本臨床衛生検査技師会が挙げている5部門(微生物、血液、輸血、細胞、遺伝子)の検査は業務制限にしてほしい。これらの検査は検体検査であっても、検査結果は患者様に直接的影響が強いので、無資格者も行えるのは問題があると思います。
(国立、200～299床)

政府の60歳以上医療費免除のしわ寄せを診療報酬引き下げでカバーするのはやめてくれ。
(公立、150～199床)

検体検査は患者様の体調を反映する検査で、このデータから治療薬が指示されます。その為のデータ管理は臨床検査技師だから可能と思われれます。外注データでは検査データの異常だった場合の分析が不可能で異常値に対する患者様の心理までは考えられていないのが実情です。検体採血は患者様の治療に直結している大切なデータですから臨床検査技師の手で行われる業務制限が必要でしょう。また、病院に検査技師がいなければいけない重要性の位置付けをしていただきたいです。このことは病理・微生物についても専門を必要とする分野なのでいえる事です。ぜひ積極的にご検討下さい。
(公立、200～299床)

院内検査と外注検査が同一の実施料となっていることについて院内検査の実勢価格に見合う評価を望みます。

(学校法人等、～149床)

臨床側とコミュニケーションを良好に行いながら、結果報告の迅速化を図るためには、院内に検査室がある事が最低限必要であり、行政として取り組みを望む。検体検査結果の報告を行うには精度管理を含め技術と共に知識が必要であり、診療報酬に反映させていただきたい。

(医療法人、300～399床)

①一人の1ヶ月に実施する検査回数に問題のある場合がある。細菌培養など、回数が多すぎるとの理由で問答無用に請求一切がカットされる事がある。②臨床検査業者の競争(顧客獲得競争)で、検査制度の粗悪化の生じない様監督をしっかりとってほしい。

(学校法人等、～149床)

検体検査業務は医療に関しては「もの」という考え方は医学的ではない。まして患者の生死につながるものであり、肉体から採取したその一部であるから厳重な採取法、保管法、分析と管理にもと浮く検査データこそが、生死につながる人間の情報となりうるのであることを、臨床検査技師法の中に明記すべきである。このことでチーム医療の中での責任の所在も明確になる。医療事故防止も現場の仕事への重みづけを明確に解釈し法律に盛り込むべきと考える。また、臨床検査技師の身分保障という点においても検査業務が発生する医療機関にはすべからず臨床検査技師の定員を示すべきと考える。

(学校法人等、～149床)

ある特定の検体検査業務に関しては業務制限すべきである。例、輸血検査(型検査も含む)、細菌検査、病理検査。

(公立、300～399床)

委託業者が無資格者に検査を担当させてコストを下げている。その結果点数が下がり外注検査が多くなる。

(不明、不明)

当院のような小病院では検査機器、保守点検、検査試薬等原価を考える時採算割れと思われれます。検体検査が縮小傾向をたどれば診断・予後に影響。

(公的・社会保険関係、～149床)

患者本人が見えない検体検査であるがゆえに、検査を行った機関で保管・管理・プライバシーの保護等十分に行っていただきたい。守秘義務を特にお願ひしたいです。病院と同じように個人情報を知り得る立場の人達は何等かの法令で、データの保存や外部へ持ち出されて悪用されることのないよう(特に世間から風当たりの強いエイズ等の検査結果等)定めてほしい。法律の整備が必要。

(医療法人、～149床)

業務制限にする事。

(公的・社会保険関係、300～399床)

保険点数が改定によって年々引き下げられる。病院と外注業者と共に苦しい。このまま日本の7割の病院が赤字となってくる。共倒れの可能性が非常に高いと思います。

(公的・社会保険関係、300～399床)

今年の4月から患者3割負担になり入院患者数、外来患者数の減少を招き、検体検査の落ち込みがひどい。次年度の診療報酬改定でますますの収入減が心配される。

(公立、200～299床)

ボタンを押せば検体検査ができると考えている行政官が中央にいることを体験して驚いた事がある。もっと現場で勉強しなさいといたい。大学や国のセンター病院、重要な国立病院で検体検査の外部委託が進めば、ようやく世界をリードしつつある日本の検査技術は欧米に遅れる事はもちろん韓国や中国に追い越されるのは必定である。「学」や「技術」と密接な関係にある「検査」を簡単にアウトソーシングの流れに流してしまう事は軽薄である。特に大学は検査を学ぶ学生・院生・技師の教育の場であり、アウトソーシングはありえない。検査室をもたない小規模の医療機関と大学やセンター病院を同列に扱わない事が大切である。

(国立、500床以上)

現在の医療において検査を必要としないことはなく、必ず検体検査は実施されている。にもかかわらず年々実施料が下がっている。よって私達検査技師の業務実績はあがらず、検査技師の医療職としての地位も実施料に伴い向上していないのが現状である。検査技師も四年制大学となりつつあるが、薬剤師と同じように定員枠を作っていく、就職、活動の場を広げていかななくては、アメリカのようなレベル、地位には上がっていかないのではないかと考える。

(医療法人、400~499床)

保険点数の低下により、コスト削減が急務となっているが、2年に1度保険点数が削減されている現状ではコスト管理にも限界がある。また新しい検査などのトピックスも少なくなり、検体検査分野の将来に魅力がなくなっている。(モチベーションの低下につながる)

(医療法人、~149床)

委託業者と病院検査部の試薬料の格差が大きすぎる事。購入量の差によるものと思われるが、病院間でも格差がありあまりにも不統一である。

(公的・社会保険関係、400~499床)

保険点数を上げてほしい(特に生化学、血液検査部門において)

(公立、300~399床)

新しい項目を多く望んでいる

(医療法人、150~199床)

包括化される検査が多く診療に対してのひとつの項目に対する重要性が見られない。病院内検査として確立要求(特殊検査は除く)

(公的・社会保険関係、300~399床)

業務独占を進めていただきたい

(公立、400~499床)

国家試験をパスした資格者の業務制限として下さい。医療費抑制とはいえ、これ以上の保険点数の引き下げは限界です。経過を追う時は少項目検査でOKですが、何も分からないときは迅速な診断と治療の開始を行うために一時に多項目を検査するケースもあります。その辺のことは考慮した形の保険点数にしていきたい。

(学校法人等、400~499床)

緊急検査については設置基準に緊急検査部門を入れる。

(医療法人、400~499床)

検体検査における不採算検査に対する保険点数の見直しを行ってほしい。やむを得ない場合を除き輸血検査、細菌検査は病院対応とすべきである。

(公立、300~399床)

検査による収支が悪化している為FMSやブランチラボなどのような形態が進み、制度・迅速性・利便性などに大きな退歩が見られる。院内で院内の技師が心をこめた検査ができる方向に行政指導することを望みます。

(学校法人等、500床以上)

検体検査業務は検査技師免許取得者の業務としてほしい。(一部無資格者が担当しているところもあると聞いているので)感染症対策を重視しているにも関わらず、予算措置が十分とは言えない。各病院にまかせっきりである。細菌検査等、人手のかかるところには診療報酬等の見直しを実施してほしい。

(国立、300~399床)

①2年ごとに検査点数が切り下げられているがもうこれ以上値下げはやめてほしい。②検体検査業務の中でも細菌・輸血・細胞診検査・ウイルス学的血清検査等は検査結果が直接患者さんに影響し、診断治療に影響を与えるので業務制限にしてほしい。③検体検査がランチに移行しているが、これ以上拡大しないしてほしい(採血等、生理検査)。

(公立、500床以上)

医学の進歩に伴い、特殊検査の開発や研究が急増している。各専門分野の見解では診断をする上で必要な検査ではあると思われる項目が未保険のままであるものが多い。特定機能疾患届出の中に検査項目の包括のものがあり、行政で確認しそのような時は包括を解除できるシステムはできないだろうか？

(公立、400~499床)

機械化等でコストは下げられるが、その分技師数も減らしてきている。病院の機能上、24時間体制を取っているが、当直に従事する回数が増えて各技師への負担が増している。診療報酬の面でのバックアップがもっとあればよいが、また24時間体制は検査・放射線科・薬剤等広げる必要もある。救急指定を取得している病院でも検査・放射線技師が当直していないところもあるのはいくら医師・看護師が兼務できるとはいえ考えなければならないのではないか。

(医療法人、200~299床)

試業中心で点数を決定するのではなく、労力・時間・ニーズなどを考慮に入れて判断してほしいと思います。

(その他、~149床)

検体検査業務の独占、検査技師による検査診断。

(学校法人等、~149床)

患者様に対し、POCTは重要であり、検体検査は院内で行うのが良い。院内検査を行っている病院とそうでない医院、診療所とは差があつてしかるべきである。また、救急病院にはそれなりに地域に貢献(救急地域医療)している。それについても何らかの点数が、たとえば救急医療加算というものがあつても良いと思う。

(医療法人、~149床)

検体を「物」と考える発想は、川の水と血流を同一に考える事と同じである。検体検査への医療技術の担保を明確にする努力が行政において必要ではないか。

(公立、200~299床)

アウトソーシング化が進む検体検査業務ですが、急患対応できる院内検査のもつ迅速性は重要です。検査データの迅速な報告を行い、病態の変化に即応できる医療の一翼を担う事によって、インフォームドコンセントの充実に役立っています。外来部門では当日データを示す事によって初診患者においては検査スケジュール、治療方針の決定に役立っていますし、慢性患者についても患者の自己管理に対する動機付けを高めることにより患者の受診意欲を高める事につながります。細菌検査からの迅速な感染情報は院内感染の把握や対応・防止に役立ちます。またDrへの協力、他科メディカルとの連携、医療事故防止への取り組みは、同じ職場の一員であることから生まれます。このように収支面に出てこない大きなメリットがあります。そこで、自前で検体検査業務を運営する医療施設には、検体管理加算の引き上げなど、医療への貢献度に見合った報酬をお願いしたい。これ以上の検査点数引き下げは、検体検査の軽視、専門性の低下の結びつき、医療への悪影響を招くと思います。

(学校法人等、400~499床)

検体検査について業務制限をしてほしい。

(公立、300~399床)

臨床検査技師の業務独占。輸血、微生物、また形態学検査はもちろんであるが、機械化がすすむ中、データの解釈なしでは報告できず、また精度管理等難しいことが多々ある。検体検査も検査技師の独占業務にすべきである。

(医療法人、150~199床)

検査の精度が要求されているにも関わらず、経済性が先に来て検査の包括化等を推し進めている。このようにしていくと診断効率が悪くなっていくと考えられる。EBMが保てるような点数が大切である。臨床検査は病院職員による院内検査が基本である。外注検査はやむを得ず外注するものであり、双方のすみわけが大切。

(公立、500床以上)

適切な検査、診断ができるような環境を作してほしい。

(医療法人、~149床)

検査の統一化、標準化を法制化するなど指導力を発揮してほしい。これは決して規制緩和の方針に反するものではなく、国民の健康管理におおいに資すると共に予防医学の推進と医療費抑制に効果が大いと思える。

(国立、200~299床)

検体検査は物ではなく、あくまで診療行為の一つであり、診断・治療にもとになるものである。それを担当するものは有資格者である臨床検査技師が行うことは当然と考える。現行法では無資格者いわゆる誰がやってもよいということでは、日本の医療の質そのものが低レベルにあるといわれても反論できないのではないかと。民間検査センターの無秩序なダンピング行為による病院検査室つぶしは、目に余るものがある。このような価格で良質な検査ができるはずもなく、また、病院検査室がなくなることによって高度な技術を持った技師がいなくなることは、病気の見落としや発見の遅れに繋がり、医療コストを上昇させる原因ともなるのではないかと。病院検査室がなくなっていけば臨床検査技師を目指す学生が少なくなり、さらに質の低下を招く元になる。このような悪循環をたつためには病院検査室の自己改革をしなければならないことは自明の理であるが、民間検査センターの良識ある行動を切に望むものである。

(公的・社会保険関係、500床以上)

患者さまの窓口支払い額が下がるならば、包括的支払いもやむを得ないが、極端に包括的支払いが進むと、院内で内部外部精度管理を行った精度の高い検査結果を出せなくなります。4年前私達は臨床支援を行いたくて緊急分のみドライケムで行っていたものを、分析機を導入して精度管理を行いながら、右往左往しつつ現在に至ってます。急性期医療を行う当院においては必要不可欠と考えています。

(医療法人、150~199床)

検査点数の切り下げはこれ以上やめていただきたい。

(国立、500床以上)

①保険点数のマルメのこれ以上の推進は不可欠な臨床検査の依頼をも圧迫しかねず、患者サービスの低下につながる。②院内検査の比率が高い施設に点数評価に配慮する等の見直し。③精度管理の確立度の高い施設に点数評価に配慮する等の見直し。④診察前検査の充実度の高い施設に点数評価に配慮する等の見直し。

(学校法人等、500床以上)

月1回のみ算定検査のような包括検査を患者の状態に合わせ緩やかにしていただきたい。

(公的・社会保険関係、150~199床)

ランチ、FMSを含めて民間ラボのダンピングに法の規制をかけるべき。

(公立、400~499床)

患者様にとっては重要な検査データですのであまり採算の合わないような改訂はしないでほしい。国民の立場に立った行政を望みます。

(国立、500床以上)

医師の指導・監督の適用をはずして検査技師のための臨床検査であるべき。
(公立、150～199床)

「検体検査をブランチラボに」との声が多く聞かれるようになってきた。多くの職種が業務分担しているが、チーム医療の必要が叫ばれるように、お互いの職種を理解し、補うように仕事をしなければ良い医療は行えないと思う。そのために職員として病院の医療を考えていく必要がある。自分の業務だけを行ってはいけいのではない。ブランチラボは試薬納入価が病院への納入価と比べてけたはずれに安価だと聞く。大量消費するところには安い価格で納入するのは当たり前の話だが、病院検査室、卸業者を脅かすような納入価はおかしいと思う。原価はいくらなのだろう。病院納入価はどのように決められているのだろうか。

(学校法人等、300～399床)

現場の技術者は検査の質を向上させるため、いろいろな取り組みをしています。検体はモノではありません。大切な医療の中の一部です。診療報酬を下げられると検査業務を続けられない状況になります。全体の医療に質を上げるという視点での適切な診療報酬にして下さい。

(学校法人等、200～299床)

現状の病院側が検査できない検査項目を委託した場合に病院側が検査料請求できるシステムを廃止して、委託業者が検査料を国に請求する一物二価制度を構築して、病院側は薬剤の処方箋料的な検査判断料を含めた管理料と一括して院内検査は出来高払いとする。現在、委託業者を評価する基準がないので国を中心とした第三者機関による精度管理評価システムを導入して評価を開示して、病院側の選択基準を作成しなければ質の高い医療は確保できない。できることなら委託業者の検査料金の「うらづけ」を評価できるものを作成していただきたい。

(公立、400～499床)

検体検査業務は診療の基本的な部分であり、検体の採取、保管と測定、結果報告までを一連の作業と見なす必要がある。検体の測定のみを行うこと（委託検査）は少なくともリスクマネジメントの面からも問題があるように考えます。

(国立、不明)

臨床検査技師の業務として規定してほしい。輸血（臓器移植）に関する検査、臨床微生物学的検査、染色体・遺伝子関連検査、細胞判定に関する検査。検体検査業務が診断治療上の重要な指標となるにも関わらず、現状は一般的認識からもずれが生じている。適切な医療を資するため早急な対応を望む。

(医療法人、400～499床)

問27にあげた採算性の悪い分野は機械化が進まず、熟練を要する検査で安易に外注もできない検査分野です。最低でも赤字にならない診療報酬に願いたいものです。

(公立、400～499床)

検査点数（各項目）低下により検査件数を上げても検査科収入の減になっている。精度を落とさないためには現状より保険点数を下げないようにしてもらいたい。

(国立、400～499床)

輸血含む検体検査を誰が行っても良い業務と位置付けている現状を早く改善して独占業務としてほしい。院内で行っている検査室を保護してほしい。診療報酬改定のたびに外注と値下げ合戦をして院内検査が成立しにくい。院内感染防止、POCT、24時間検査、チーム医療など院内検査には人が必要です。院内検査室と外注が共存できる体制を望みます。

(公的・社会保険関係、500床以上)

検体検査管理加算を増額していただきたい。日本臨床衛生検査技師会が提出している一部法改正を推進していただきたい。検査は国家資格のもので行うことを原則とし、検査センターでの無資格者採用を控えていただきたい。そのために現在進んでいる技師養成校の教育期限も4年以上に引き上げていただきたい。

(国立、500床以上)

検体検査は現在資格に関係なく法律上誰がやってもよいことになっている。医療の質が問われる最近、診断上重要な指標となる検査が誰がやってもよいというのは問題があるのではないか。
(医療法人、150～199床)

臨床検査のうち検査技術を有する項目について、①検査技術が高度に必要な場合、保険点数の引き上げと業務制限（臨床検査技師）を望む。（項目）血液像、骨髄像、尿沈渣、細胞診など
(国立、500床以上)

行政は診療報酬の点数を決定する時に大手の検査センターの大口の需要者での価格を参考にして決定していると伺いましたが、一般の中小急性期の病院ではセンターと同様の価格で試薬を入手する事は不可能です。本当に必要な検査を迅速に行う使命を持った病院検査室は今たいへんな状況に置かれています。医療費をめぐる諸問題で検査に対して圧縮をはからなければならないのでしょうか検査室ではまったく余裕のない中で業務を行っており、学術的な検討などはできません。医療の進歩のためにはマイナスになることは確実です。臨床検査の進歩を望むならば検体検査をすべて検査センターで行うような方向に持っていかないでいただきたいと思います。
(公的・社会保険関係、200～299床)

例えば HBAg、HBAb 等の検査法で現在の測定法はほとんど機械による精密測定法を用いていても都道府県により単価の安い PA 法しか認められてないことがあったりで納得がいかない。年々検査法も進化しているのだから各施設で使用の検査法での保険請求ができることを望みます。
(学校法人等、400～499床)

検体検査は外部委託より自施設で行うほうが収益の面で得になるような保険点数の改正。
(公的・社会保険関係、300～399床)

①一般病院の検査室と同様に外注会社にも検査技師による検査を義務付けるべきである。無資格者による検査を実施している会社が相当数あると聞く。②a 患者の生命に直接関与する検査（血液型、輸血検査）、b 患者のプライバシーに深く関与する検査（血清学的検査、梅毒、HIV 検査）、c 患者に直接接する検査（各生理検査）、abc 等については国家資格たる臨床検査技師の制限業務とする方向で動いてほしい（患者保護の立場と資格者保護の立場から）。
(国立、400～499床)

包括的支払の実施する上での疾患別実施項目等のガイドラインの作成。
(公立、200～299床)

行政において体制や内容、診療報酬等、総合的に安全安心の視点から改善施策を望みます。そして何より直接医療現場の意見を重視していただきたい。
(学校法人等、200～299床)

医療における専門職種として臨床検査技師を位置付けてほしい。輸血検査における臨床検査技師資格者による検査を義務付けてほしい。院内感染防止のために最低限の細菌検査を院内で行うように指導してほしい。輸血検査と細菌検査を院内で実施出来るよう診療報酬上の手立てを考えてほしい。24時間検査体制を実施する病院に対して保険上の加算を認めてほしい。24時間検査（院内）を実施する場合はいわゆる当直体制ではなく、交替制勤務を指導してほしい。厚労省の薬食安発 1117001 号の指導文書に基づく手順では病弱者は採血が不可能になるので見なおしてほしい。
(公的・社会保険関係、300～399床)

病院経営は厳しい状態でいかに生き残れるかを考えながら仕事をしています。何が大切かというやはり質の高い院内検査技師として質の高い医療を提供する事だと思えます。あまり外注（FMS、プランチラボ）等の方向に動いていくのは患者様が一番困るのではないかと思います。採算が合わないと FMS やプランチの方向に行かざるを得ないと思えますので、やはりこれ以上の点数引き下げは限界だと思えます。
(学校法人等、300～399床)

検体検査もすべて有資格者が行うように望む
(医療法人、300～399床)

手間のかかる検査、細菌検査や輸血検査の技術料を上げてほしい
(国立、300~399床)

診療報酬に関して、現在必要とされている検体検査(他)などに適切な診療点数がつけられているとは思えない。診療の現場がすべて同じとは考えられない。各々の施設に見合ったこまやかな診療報酬の制度を望む。現場を知り得る方々に携わっていただきたい。
(公立、150~199床)

検体検査が今後DPCなど入ってきて包括化が進んでくると検査自体抑制され、質の低下は避けられない現状となる。まして開業医に関しては一般病院は第4次医療改革で収入が著しく落ち込んでくると思う。今後削れるところは自ずと検査の削減である。EBMを無視した診療にますます走っていくと思われる。このような風潮がどんどん一般病院にも現れてくる。機能評価、Infection Control、インフォームド、セカンドオピニオンなど付加価値を優先した基本見落としとなる医療、表面だけの質にとらわれ基本を忘れてしまう医療、想像しただけでも恐ろしいけどもう目の前です。
(医療法人、150~199床)

検査業務に関してはDrと同じレベルで対話できるよう地位の向上、業務拡大、ケアマネージャーの受験資格をお願いしたい。
(学校法人等、150~199床)

診療報酬包括化の緩和。検体検査における検査技師の業務独占。
(学校法人等、150~199床)

検査の事を知らないDrが増えてきている。行政側からも医師の指導を明確に行ってほしい。
(個人、200~299床)

今後、包括的支払いを推進するためには、医療機関のレベルに応じて必要最低限な検査の基準を各疾患ごとに設定する必要があると考える。ほぼ同数のベッドで、医師数も違い、保有する機器が異なり、さらには、患者の重症度も異なる状況で一律にこれを実施することは、医療の標準化などのメリットも多いが、検査の質という点からのレベルは低下すると考える。さらに、病院検査の外注化が進めば核となるスタッフが育たなく、担当者の教育、学生教育、業務拡大、検査支援等に支障をきたし、検査面からの臨床評価は低下しひいては、関連学会の衰退、新しい診断薬の開発停止を招き、加速度的に発展する診療レベルに対して検査の質の向上が追いつかなくなり、最終的に、患者(国民)にしわ寄せが行き、無駄な検査、無駄な治療が行われ、医療コスト、訴訟など医療経済の悪化につながるのではと危惧する。なお、最近の医師会サーベイの結果によるHBs抗原試薬の問題や真空採血管の問題では、根拠となるデータが示される事もなく明らかに不足していると思われる。通達を出すときは医療現場への配慮は必須であり、さらには臨床検査医等の有識者の意見を聞く体制を作るべきと考える。
(国立、500床以上)

診療報酬引き下げ等により病院経営がますます難しくなる中で院内検査室の存在が危ぶまれている。こうした状況の中ではランチ・FMSの話も聞こえてきます。臨床検査技師であって、国家試験合格免許を持ちながらも検体検査部門においては業務制限すらなく、誰でも検査することが可能でいつ検査をさせてもらえなくなるかと懸念しています。
(公立、400~499床)

医療費の中で臨床検査費が占める割合はいったいどれほどのものなのでしょうか？目先のコストカットだけのために病院の臨床検査はアウトソーシングされ、病院経営者はそれが最良の方法であるかのよう錯覚してしまっている。これまで好き放題にやってきたどこかの親方日の丸の病院の臨床検査室がFMS、ランチなどに転化するのとはごく自然な当たり前の姿なのかもしれないが、十分に病院の経済効果に貢献し、努力してきた健全な検査室までもが、この錯覚の犠牲になるのは理不尽なことでもあります。薄利多売で検査センターは検体をかき集め、厳しいコスト削減の中で精度管理などそこそこに、手抜き検査でプロセスを短縮し、材料費、人件費を浮かして行く。完全な買い手市場の中で企業の臨床検査技師はいいように扱われ、30歳にして給料は手取り13万円也。涙が出るほど微笑ましい姿です。病院のランチラボの検査技師は院内関係者に召使同然、紙くず同然に扱われても企業の為に歯を食いしばって頑張っている。このような中で医療をどのようにやっていけばよいのでしょうか。病院の検査技師にしても年間契約職員が増えました。ある病院の検査室などは正職員と臨時職員が同居しており、コマネズミのように働きまわる臨時職員の真ん中で正職員があぐらをかいている。やはり長年培われてきた体質なのでしょう。せめてものお手伝いと改善のため具体的な施策を提示しても「うちにはできないよ」と必ずのようにおっしゃる。このような検査室は一度壊して組み立てなおす。あるいは、つぶしてしまうのが一番だと思います。Evidenceが重視される現代の医療をやっていく上で、臨床検査がなくなる事は恐らくないでしょうし、健全な病院経営をやっていく上で、検査企業はなくてはならない存在だとも思います。しかし臨床検査のマーケットが検査企業的手中に収められ、検査企業のチャネル操作で市場が自由に動かされる事には、とてつもない恐怖感を感じます。日本の医療が脆弱化してしまう気がしてなりません。

(医療法人、500床以上)

適正診療報酬点数見直し。院内実施と外部委託の差別化拡大。包括的支払いの廃止。臨床検査技師の定員化。

(医療法人、400～499床)

病院の検体検査業務は国家資格をもった専門技師が担当にいますが、現状では法的に制限業務となっていない為誰でもできます。患者さまの命に直結する業務でもあり、その結果は診療方針を決定する事もしばしばです。放射線技師と同様制限業務となることを希望しております。また、技師配置の定数化も一定の基準があることを望んでいます。

(公的・社会保険関係、400～499床)

収入点数を明確に設定しその収支を計算できるようにする。検査目的(疾患別)を適応させ、過剰測定を少なくする。利用効果を明確に整理する。疾患別、適正項目と測定回数基準を作り適用すればよい(例外、重症度による区別はコメントを求める)。

(公的・社会保険関係、500床以上)

診療報酬の包括的支払いに進んでいくと、将来病名によって検査項目が決定することになると思われます。病院側も検査できる体制作りも行わなければならない場合が多々あると思われます。また、病院独自の方針も考えられます。ある程度の期間が必要だと思われます。

(医療法人、～149床)

医療の質の低下を止めるために包括化や点数のこれ以上のおさえをなくしてほしい。

(医療法人、300～399床)

検体検査というとただの物を扱う仕事というイメージがあります。確かに検体検査は医療ビジネスの一つかもしれませんが病院に働く我々検査技師は別の観念を持っています。患者様からえられた検体は病態を把握できる膨大な情報が詰まっています。採血によって得られた血液とて患者さまの体の一部と思ひ、大切に扱っているつもりです。瀕死の状態のときに提出される検体もあります。しかし細菌検査点数がおちこみ、病院検査室運営が年々厳しくなっています。包括的支払いについてもわれわれの業務内容が狭められないような配慮をお願いします。

(公立、150～199床)

保険点数が削られる事によって依頼検査が減少し、必要な検査が不十分になり、病気の見逃しが発生することが増えると思ひます。医療の質が低下しないようにして下さい。

(医療法人、～149床)

輸血に関わる検査についての保険点数が低い。ダブルチェック等による経費的な面や技術的な評価が低いように思える。

(国立、500床以上)

検査技師の業務拡大で病棟回診に参加したり検査の説明等によりチーム医療を実施しているが診療報酬が取れるようにしてほしいです。

(公立、～149床)

院内検査室での検査と外注検査での点数区別がない。検体管理加算はあるけれど点数は低い。2年に1度の点数改正は良いけれどその根拠がわからない。点数の減点により医療・質の悪化が考えられる。

(医療法人、200～299床)

第二次世界大戦後、中央検査室制度が普及し、さらに地域医師会立並びに民間検査センターが設立された事によってわが国の日常医療は急速に近代化され、診療の質の向上が図られた。その後、新しい検査が開発された事や、診療報酬制度の充実により検体検査が身近に簡単に行えるようになってきたが、反面、適切な利用についての指摘が見られるようになり、医療情勢が悪化してきた1980年代以降は、必要最小限の検査利用が模索され始め、最近ではEBMの重要性が叫ばれている。確かに、不要な検査は医療費の無駄につながるものであるが、近年の診療報酬の改定は医療費の削減だけを目的とした経済・財源論が先行しているように思えてならない。巷間報道されているように、日本の医療費はGDP比世界第18位、G7中でも第6位であり、公共事業費などと比較してもはるかに低く抑えられている事は周知の事実である。日本の医療費は諸外国と比べ効率よく使用されていると認知すべきである。診療報酬の改定のたびに検体検査料は包括化・点数引き下げが繰り返されているが、既に限界に達しているといわざるを得ない。上記をふまえ、EBMを基本とした患者本位の診療につながるような診療報酬の引き上げを望みたい。

(公的・社会保険関係、400～499床)

外来患者の検査のほとんどが、その日の診療に必要であり、至急で行う。効率の悪い至急検査に対する点数の加算をお願いしたい。

(公立、500床以上)

検体検査の中でも細菌検査、輸血検査は診療に直結していることから、院内検査必須にしてほしい。それに見合う点数の配分をお願いしたい。POCT検査が今後進むと思うが、迅速検査、小児科領域検査の点数アップをお願いしたい。

(公立、200～299床)

点数制度は個人開業医を重視していて、病院のように検査科を抱える病院と同じでは経営が成り立つわけがない。開業医は検体検査を外注して、翌日 or 翌々日に結果を得て患者を診察する。これが本当の患者サービスなのか疑問に思います。判断料という名目のみをいただいて患者さんから料金をもらうのは？病院検査科を持つところではそれなりに30～60分で検査結果を出し、当日の状態でも患者を診察している。このサービスと開業医さんのサービスが同じ扱いでは(保点数)、人員を抱える病院経営は圧迫されていくのが当然であり、その辺のところを改善していってほしい。保険点数の改定の度に判断料が上がり、検査実施料が下がる。Drは結果を判断して診察するのが当然ではないかと思うが！精度が保たれた検査値を苦慮して判断する。この辺に疑問がある。

(公的・社会保険関係、150～199床)

①先に述べたように検査技術に対しての価値を高める診療報酬体制。②病院検査室がチーム医療の中で貢献できる為に施設内養成した職員が勤務できるような環境を整備してほしい。③病院の質の向上で病院機能評価や厚労省の研修医養成指定病院など、指定や認定などをおこなう(受ける)事によって図ってきています。医療安全の観点から職員間の連携を高める為に正規職員での運用が必要と考える。(委託職員の業務内容からの脱却がない)ただし、委託業者へのアウトソーシングをおこなっても効果が上がる業種もある。④検体検査を院内処理するか委託業者処理するかによって明らかな2分化した診療報酬体系を構築すべきである。院内処理検査加算が必要。

(公立、300～399床)

資格のない方でも検体を扱えるというのはおかしいと思う。検体を扱うのにかなり注意も必要ですし、結果についても責任が伴うと思います。早急に資格のない人は検査ができない様にすべきだと思います。

(医療法人、150～199床)