

行政担当者は、検査部をどうするかといった病院内の細かな事ではなく、臨床検査を真に国民一人一人の手にゆだねる臨床検査の民衆化を図るべきである。そもそも、自分の臨床検査値を自分で知る事ができない、あるいは極めて不便という事は異常である。臨床検査は医師の指導監督下でしかおこなえず、そのために病気になるいと検査をしてもらえない。自由に自分の好きな時に好きな検査項目を自由に測定できる社会環境が構築できれば、病院受診率の低下や健康保険給付額の減少につながる。また、発病して受診した際であって本人基準値がわかり異常値の鑑別が容易であり、退院後のフォローアップも通院の回数が少なくなる可能性がある。街角のコンビニで検査薬を購入できる。検査のための採血業務を検査技師に開放して街角で開業させ、健常者の自己検診を保険制度と無関係におこなわせる。といった取り組みこそ、国民の健康増進と医療費削減につながる重要な政策だと思われる。我国では生まれる前から母子手帳を作り、子供の健康は親が管理するシステムが形作られてきた。この手帳は子どもが大きくなると余り使われなくなるが、引き継いで本人の健康手帳として管理すれば一生涯の健康管理手帳として機能できる。母子手帳と臨床検査の民衆化を重ねる事は、保険制度上も極めて有用な役割を果たせると考える。素晴らしい可能性を持った臨床検査の民衆化にぜひとも取り組んでいただきたい。

(国立、500床以上)

検体検査業務の業務制限
(公立、500床以上)

検査機器、試薬等に対する消費税の廃止。
(医療法人、150～199床)

臨床検査技師の検体検査業務に関わる技術料が反映されていないと思う。
(学校法人等、200～299床)

検体検査が収益の上がるものであったためにセンターが増加し、政治的圧力もあって、検体検査は外注するのが一番という考えが浸透し、経営者は安易にランチ・FMSに走るようになってしまった。検査技師の努力が足りなかったのは事実であるが、検体検査はバカでもできると経営者は思っている。正確なデータを迅速に出す為に要している労力はまったく無視している。包括化が進んでいても、科学や血液など基本的な検査をないがしろにして患者様により医療を提供できるわけがない。細菌、病理など収益の上がないものはセンターも受けたがらないので検査機器は試薬リース、機器リースで補っているのが現状である。リースは構わないがセンターの言い分のみ聞いて、安易にランチ、FMSに移行する風潮には反対する。我々も検査科の管理・運営を見なおすと共に、検体検査が基本である事を認識し、チーム医療として検査の意義、院内検査室の役割と有用性を見直してもらおうよう働きかけていきたい。

(公的・社会保険関係、300～399床)

自動化が進むにつれ、検査はロボットでも実施出来るものとの誤解が生まれてしまっている。同じに、検査センターによる不当な値下げ競争がおこなわれた事により、検査料が異常なまでに低下してしまっている。このままでは、試薬メーカーが技術開発にける余力を失い、外国企業との競争に打ち勝つ事ができなくなることを憂慮する。

(国立、500床以上)

手作業(技術)的比重の高い検査点数を高くしてほしい
(医療法人、200～299床)

行政と現場との解離した点にもう少し目を向けてほしい。
(医療法人、200～299床)

検査業務制限(輸血、細菌、特殊血液)の施行。特殊能力技術に対する評価を個人レベルでしてほしい。
(公的・社会保険関係、500床以上)

経済性のことばかり重んじて、FMS、ランチで本当によいのか。特に研修医をとって。ランチでは派遣技師の経験不足から生じる精度上の問題があるのでは。

(国立、500床以上)

検査すれば採算の取れない項目は見直してもらいたい。
(公立、300～399床)

検査技師への業務独占
(公的・社会保険関係、300～399床)

臨床検査技師への業務制限移行が望まれ、定員の規定も必要である。
(公的・社会保険関係、200～299床)

検査部門の収支管理が単純・明解に出来る報酬制度にしてもらいたい。
(学校法人等、500床以上)

①国家資格制度が発足して50年近くになり、職業独占がなされていない。卒業しても満足に職につけず、資格を有する技師が余っている状態と聞きます。無資格者が安い賃金で使えるから良いと思い、検査センターでは採用する傾向があるが、やはりそれは間違いだと思う。検査技師の業務独占化を行ってほしいと思います。②最近検査分野でも細分化された専門技師が誕生してきています。そういう技師のいる病院には表示ができるようなシステムを採用してもらいたい。点数に加算ができるような体制を作ってほしい。(輸血部門、血液部門、化学部門、エコー専門技師 etc) ③保険点数の見直し。一方的に下がる傾向だけで手間のかかる検査部門(細菌検査)や機械購入代も出ないような蛋白分画検査、機械だけでは判定困難な形態学検査等は技師の技術料として加算できる体制を設けてほしいと思います。
(公的・社会保険関係、300～399床)

今後も包括化が進み、また保険点数の減額が促進されるならば、院内検査室は全面外注化へとなり、結果的に診断、治療の遅れとなると考えます。
(個人、150～199床)

検査技師がチーム医療に関わった場合、診療点数も加味していただきたい。糖尿病療養士、その他、指導料が検査技師も取れる事が望ましい。
(国立、300～399床)

業務制限のない中で、有資格と無資格が同一の評価(保点)である事に矛盾を感じる。認定技師育成が難しい中小病院での教育のあり方。各学会、講習会等参加に係る費用は個人負担であるが、対所得に対する比率が高い→検査業務の対価評価が低い為給与に反映できない。検査室管理の評価(精度管理、設備、廃棄物等を含めて)がない。
(学校法人等、～149床)

輸血業務において管理料は取れないのか、またクロスマッチの点数は取れないのか、どちらか一方でも望む。臨床検査技師の定員数を薬局・看護師等と同様に明示してほしい。
(公立、200～299床)

業務制限を設けてください。
(公的・社会保険関係、200～299床)

検体検査業務こそ生体内の変化をすぐ反映できる検査である。患者さまの苦痛の解放と治療をいち早く始める為に病院の中で行うべき検査である。委託の方向に進めるのではなく、職員でスキルアップしている臨床検査技師に仕事をさせる方向性を推進していく事を望む。
(公立、200～299床)

輸血的検査、微生物学的検査、遺伝子・染色体検査、細胞学的検査等診断への影響、医療事故防止の観点からその検査精度の担保は必須であり、臨床検査技師による業務制限分野とすべきである。早期の法改正が望ましい。
(国立、500床以上)

無資格者の検体検査業務の禁止。
(学校法人等、400～499床)

病院内検査と検査センターとでは検査の原価が違う事は誰でもわかる事であるが、検査センターの価格で診療報酬を決められたのでは努力しても限界がある。院内で行うものと外注しているものとの点数を変えたら良いのではないのでしょうか？

(公的・社会保険関係、300~399床)

患者さんの診療前検査、または検体提出より何時間以内に結果が出せる検査料金と、翌日報告(例えば外注)のものと同料金設定しないでほしい。

(医療法人、200~299床)

1.検査点数が大手の検査センターの低コスト価格に合わせる為、下がる一方である(検査センターの試薬購入価格は市価の20分の1程度とも言われている)。試薬の二重価格が問題と思われる。
2.微生物検査、輸血検査、遺伝子検査など検査が診断および治療に大きく影響する検査は精度保証の面から、臨床検査技師等の専門の資格を必要とするなど業務制限をすべきと考える。

(公立、500床以上)

臨床検査技師の資格者が行う業務制限を行う。病理医、臨床検査医の役割を明確にするため細胞診と解剖の保険料を引き上げる。

(公立、300~399床)

1.国では検体は「物」と認識されているようであるが、検体は有機物ではあっても患者の命であるとの認識を持っていただきたい。
2.患者の命を左右する検体を、物との認識から当然のように入札するのは疑問であり、検査結果の精度などをも考慮すべきではないか。
3.医療は患者中心でなければならないが、依然として医師中心の医療が目立つ。医師はじめ看護師、検査技師などスタッフが医療チームを組んでこそ医療がいきるものとの認識を改めて持っていただきたい。
4.外部委託の場合、検査料金が低いにもかかわらず保険点数分の料金を患者等から徴収しているが、料金に乖離があることから少なくとも外部委託している検査項目を掲示するなど患者に周知したら良いのでは。

(公立、~149床)

院内で検査を実施するメリットとして、患者さまの緊急の診断・治療が早く行える事であろう。この部分の診療報酬への反映を検討して頂きたい。包括支払いによる医療そのものの質低下につながらないように具体的な質確保の方策を臨床の現場に周知した上で実行に移るべきであろう。

(医療法人、150~199床)

検体検査業務は民間ばかりでなく行政でも行い迅速な検査結果がほしい。

(医療法人、200~299床)

保険請求のしぼりが多すぎる。診療報酬上の必要性和保険請求の解釈がアンバランス。検査技術が認められていない。

(医療法人、200~299床)

診療報酬の改訂に伴い、検体検査の点数が平成10年から約20%引き下げられた。平成16年度からは、約10%引き下げられるとの話を聞く。もし実施されれば病院の収益もかなり影響を受け、健全な病院管理が難しくなることが予想させるため、対応を検討していただきたい。

(国立、500床以上)

現在の病院機能維持のためには緊急検査は必要不可欠であり、医師・患者の要求とその範囲の広がりが増大の一途である。検体検査データ判読のみならず、生理検査判読や、輸血検査と判定、MAPの払い出し等々の他部署との対応を含めた、臨床検査技師個人の技量と責任が問われる医療現場の中で、一般的な技能を併せ持ち、業務をこなすことのできる臨床検査技師の育成が、重要であり課題である。現在、このような育成が育ちつつあり、臨床検査技師が診療支援、看護支援の名のもとに、保険外労働(診療報酬に直接現れない業務)をしているにも関わらず、保険点数や労働業務などその評価は低い。

(公立、300~399床)

検査技師会で一部の業務を業務制限とするように運動しているが、他の検体検査についても国家資格のある検査技師が行うべきである。この結果で患者さまの治療方針が左右されることがある。
(公立、300～399床)

検査実施料(点数)の引き下げにより、人件費が出てこない病院が郡部を中心に起きているように思う。都市部では外注会社の交通の便も良いので、外部委託で問題はないと思うが、地域によっては生化学を中心として、技師の人数を減らすことにより、臨床検査技師の負担が増えていると思う。労働衛生上、問題がある。そこで、実際に外注できない施設を考慮した点数改革を行なっていただきたい。また、人の目なしは経験によらないと、検査に差が出てくるような項目と精度管理をしている施設への点数増と点数の新設をお願いしたい。現在糖尿病指導など患者への説明などが増えてしまっているので、新しく検体検査とは別に点数を新設していただきたい。
(医療法人、～149床)

医師の医学的見地と行政の考え方があまりにも離れすぎている。医師会、学会を通じて行政の考え方を具体的に指導してもらわなければ包括的支払いの割合が増えてきた場合、医師は常に国家が悪いと一言で片付ける傾向が強い。ゆえにますます一般病院が窮地に追い込まれる。
(公的・社会保険関係、500床以上)

臨床検査技師の業務制限としていただきたい。
(公的・社会保険関係、300～399床)

1) 技師の常勤する規模の病院では、原価コストを常に算出する事で、合理的検体検査運営が可能であると考えられます。多くの機器・試薬メーカーは、現況の過当競争化において病院へ販売価格の低下に踏み切らねば、委託業者に敗北をきすと考えられます。検体検査が健全な妥当性を持って行われ得るために、機器・試薬メーカーと委託業者の両者が病院に対して対等な競合関係におかれることが重要であると考えられます。2) 本調書の冒頭にも言及されておりますように、検査の進化を図ることが大変重要であると考えられます。そのためには、必要な検査項目は迅速に保険診療化に組み入れていただき、各企業が更により良い新規項目を開発していくことができるように、流れを促進していただくことも必要と考えられます。3) 包括医療では、その元になる診断基準や治療指針が固定化する事によって、かえって、時代の流れに逆行する事にもなりかねません。したがって、必要ならば新しい検査項目も入れて、中長期的に診断基準や治療指針及び包括医療を見なおしていく事を行政指導の元に推進していただく必要があると思われます。4) 現在の診療報酬体系では、救急外来を持つ病院での夜間当直、土日・祝日当直の検体検査に関わる人件費に関して点数的配慮がなされていません。救急医療を引き上げる医療施設に対してこの点に関するご支援を賜るようお願い申し上げます。
(その他、400～499床)

古くからある基本的な検査項目の点数見直し(尿沈渣、血液像―深い知識と熟練が求められているのに評価(点数)が低い)検査の基本は検尿・末梢血液一般検査・生化学であると考えています。新しい検査項目が開発されても決して消滅することのない検査は個人の状態が把握するのに最も基本的でその個人にもあまり(肉体的)負担がかからない。しかし重要な検査であります。診断のためにも必要かつ重要な検査点数は見直しが必要であると思います。また、血算の主流は自動計測器ですが年々多種項目(分類、網状赤血球)が測定できるような機器になると同時に維持費等もかかってきています。良い精度を保つため、また機器間差の解消のためにも現実の維持コストに見合う点数が必要と考えます。
(公的・社会保険関係、150～199床)

検査を外注する場合、国立である当院では入札にて委託業者を決めているが、通常の品物を購入するように安ければ良いという考え方はおかしいと思われる。検査というものは、精度が第一であり、それを維持するためにはそれなりのコストも必要であろう。したがって行政は外注検査会社に対して定期的に精度チェックを行うべきと考える(場合によっては登録を取り消す)。一方、保険点数の引き下げに付いてもあまり下げすぎると採算性が悪いという理由で検査を実施できなくなり、結果的により良い医療が行使できなくなる。よって保険点数の試薬製造コストも考慮して設定すべきであると考えます。
(国立、500床以上)

特定機能病院の臨床検査部では、①医師、臨床検査技師の教育、②これまで産学協力して、世界的に使用されている機器・試薬の開発を行ってきた。臨床検査分野のレベルの向上、ひいては経済の向上に寄与してきた特定機能病院の臨床検査部を、診療のみを目的とした病院と同じように扱い、目先の経済のみでブランチラボ化などしようものなら、数年後～十数年後は、日本の機器・試薬は先進諸国にかなりの差をつけられるであろう。いかなる病院も経営改善を日々行うのは当然であるので、行政はこの病院の役割を考慮したきめ細かな方針を立てるべきである。

(国立、500床以上)

平成 15 年度 厚生労働科学研究費補助金
医療技術評価総合研究事業
(H15-医療-071)

臨床検査業（機器）産業および衛生検査事業の実態と課題
臨床検査に関するアンケート調査報告書

主任研究者
遠藤久夫 学習院大学 経済学部 教授