

選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果について

- 「「日本再興戦略」改訂 2014」（平成 26 年 6 月 24 日閣議決定）を踏まえ、令和 6 年度診療報酬改定の際と同様に、関係学会・医療関係団体・国民から、選定療養に追加すべきものに関する提案・現行の選定療養の類型の見直しに関する意見の募集を行った。

【意見募集期間】

令和 7 年 4 月 28 日～6 月 30 日

【寄せられたご意見の全体像】

合計：343 件

新たな選定療養の追加に係る提案：140 件

医科：77 件

歯科：12 件

全般及びその他：51 件

既存の選定療養の見直しに係る提案：179 件

療養の給付と直接関係ないサービス等に関する意見：4 件

その他：20 件

- 今後は、事務局において、さらに整理・検討を進め、必要に応じて中医協において議論することとする。

【参考】選定療養について

健康保険法第 63 条第 2 項第 5 号において「被保険者の選定に係る特別の病室の提供その他の厚生労働大臣が定める療養（以下「選定療養」という。）」と規定されており、現在、厚生労働省告示において、以下の 15 類型が定められている。

- | | |
|----------------|-----------------------|
| ・ 特別の療養環境 | ・ 金属床総義歯 |
| ・ 予約診療 | ・ 小児う蝕の指導管理 |
| ・ 時間外診療 | ・ 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ |
| ・ 大病院の初診 | ・ 保険適用期間終了後のプログラム医療機器 |
| ・ 大病院の再診 | ・ 間歇スキャン式持続血糖測定器 |
| ・ 180 日以上入院 | ・ 精子の凍結及び融解 |
| ・ 制限回数を超える医療行為 | ・ 長期収載品 |
| ・ 歯科の金合金等 | |

1. 新たな選定療養の追加に係る提案・意見

<医科>

提案・意見内容	理由
執刀医の指名：患者が手術（内視鏡的治療やカテーテル治療を含む）の執刀医を指名する料金	手術経験の豊富な外科医に執刀してもらいたい患者は多い。
永続的な身体拘束を要する代替経口栄養	身体拘束は苦痛であり、倫理的ではないが、代替経口栄養を続けるため、つまり自己抜去を防ぐために、身体拘束が永続的に実施される事例がある。これを防ぐため。
ひと月あたりのクリニックなど頻回受診に対しての自己負担導入	本当に必要であれば自己負担が上昇しても通院すると思われる。医療費削減に寄与できる。
抗コロナウイルス治療薬の生涯2回目以上の使用、あるいは軽症者や予防投与	医療機関や高齢者施設で年間に複数回感染する例もあり、軽症者を含め繰り返し治療が行われています。これらすべてを保険適用とし、特に入院中など自己負担のない状況で治療を続ければ保険財政を圧迫し兼ねません。
医薬品扱いの経腸栄養剤のうち、特殊な病態を対象としないもの	経腸栄養剤は現在、保険適用される「医薬品扱い」のものと、食費として償還される「食品扱い」のものに大別されます。経腸栄養剤を「食事」として扱うことで、過剰処方や廃棄の抑止につながることを期待されます。
治療や診断に関連した保険未収載検査	保険未収載の検査は、仮に実施しても、健康保険治療中の疾患と関連有りと判断されれば混合診療の扱いとなる。ただし、各種学会等で診断・治療に際し検査を行うことが推奨されていることが多く、医師の判断で行われた結果、医療機関が費用を持ち出していることが多い。患者へ必要性を説明し、同意を取得すれば選定療養費として費用請求可能とすることが患者側と医療機関側双方にとって好ましいと考える。
在宅自己注射を行っていない患者が自己血糖測定を希望した場合の費用	在宅自己注射を行っていない患者に対して自己血糖測定が保険適応される要件は、生活習慣病管理料を算定しているHbA1c(NGSP) 8.4%の糖尿病患者に対して、年に1回のみ血糖自己測定指導加算として血糖測定器具を給付可能とされている。医療機関での測定方法などの相談ができる環境として、他の機関に対して血糖測定器具等を選定療養費制度で購入できるように検討していただきたい。
在宅自己注射を行っている患者への血糖自己測定器加算の回数を超えての血糖試	医師の指示回数を超えて血糖測定を希望する場合、および穿刺に失敗して医師の指示に応じた血糖測定を達成できない場合は、当院で貸し出している機械に対応する血糖試験紙等

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

験紙等の費用	を院外で採し、購入しているため。
インシュリンポンプの付属品の予備購入	保険診療でトランスミッタはポンプにつき1個配布されるが、トランスミッタの推奨有効期限前に利用者本人の過失により紛失してしまった場合、再度支給する際に選定療養として購入していただきたい。
患者への心理的ケアにおける選定療養費	患者の治療などの心理的負担に対して、公認心理師が介入した場合、そのカウンセリングの時間に対して、カウンセリング料の選定療養費を徴収する。
ACP 作成に係る選定療養費	この作業には、患者へのヒアリングや ACP の作成方法を含めて多くの職種の時間を割くことになるため、選定療養費として算定できる仕組みが必要である。
持参薬の調査、選択に係る選定療養費	薬剤剤数調整加算で、ポリファーマシー解消のための取り組みと、退院時の処方薬（内服薬）が減少した場合に算定可能であるが、それ以外でも持参薬が複数の種類を服用している場合、その鑑別や服用指示に膨大な時間を要している。このことから、複数の種類の薬剤（例として10種類以上）を持参した場合、その鑑別、服用指示に対する選定療養費を徴収する。
ホスピタリティに対する選定療養費	病院や診療所におけるホスピタリティについては、日々職員が努力しているものである。これらに対して、一定の水準を満たした場合、選定療養費を算定してはどうか。
偽関節、遷延癒合における濃縮骨髄液（BMAC）、PRP を用いた治療	患者自身の腸骨骨髄液を濃縮し用いた骨再生医療を偽関節、遷延癒合治療時に使用することの選定療養費を別途選定出来る仕組みが必要と考える。
リジュセア®ミニ 0.025%点眼液（アトロピン硫酸塩水和物）による小児の近視進行抑制治療	近視の診断や眼鏡/コンタクトレンズの調整に必要な診療行為（検査等）は通常、保険診療として行われています。一方、近視進行抑制治療に必要な診療行為は、近視の診断眼鏡/コンタクトレンズの調整に必要な診療行為と同様であるにも関わらず、すべてが保険外診療となります。そのため、近視の診断（保険診療）と近視進行抑制治療（保険外診療）が「同一疾患に対する一連の診療行為」として「混合診療」とみなされると、近視の診断にかかる診療行為もすべてが遡って自由診療とされるリスクがあります。
疾病の治療のために厚生労働省令で定める要件を満たした上で企業より提供された、自家細胞を用いた再生医療等製品の規格外品	規格外品（企業からの無償提供）を治療に使用する際に、医療機関での診療行為（手技料等）について患者が全額自己負担となる状況は、患者の治療アクセスを著しく妨げる恐れがあります。よって、厚生労働省令で定める要件を満たした規格外品については「選定療養」として新たに制度化し、公的保険との併用を可能とすることを提案いたします。
外来でのがんリハビリテーション料	患者によっては入退院を繰り返しているケースも少なくない。入院外来に関わらず一貫したリハビリが必要なケースも多く、継続したリハビリテーションを行うために必要と考え

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	る。
脳卒中後遺症後（算定期限日数越え）の運転機能評価	経過を追いながら半年～1年程度の期間を空けて評価をする場合も多い。さらにてんかんを発症していると2年間運転することが出来ないため、運転を再開したい時には、発症から2～3年経過している事も少なくない。運転の再開を考えている際の評価時期は算定期限日数を超えている為、検討して頂きたい。
外来のがんのリハビリテーション料	生活指導や廃用予防としての医師からの依頼も少なくない。また定期受診の際に OPE 等に耐える体力があるのか、呼吸・認知・運動機能チェック等も必要になる。入院してからの評価では遅い場合もある。
外来リハビリにおける、患者希望による物理療法機器使用	患者希望が強い場合においては医療保険内での実施は不適切だと考えるため、選定療養費として徴収するべき。
心不全予防教室の開催	情勢として予防医学への注力が進んでおり、健康への需要が高まっており、地域の元気高齢者を対象にパッケージ化された心不全予防を実施するため。
家屋評価時のコスト	自宅環境での訓練で3単位までしか算定ができない。移動はコスト算定とならないが、入院患者の居住地域が遠方という地域特性もあり、半日以上の時間を要することがほとんどである。
早朝、夕方などの時間外の外来リハビリに対する対価	仕事、家族都合で日中の来院が難しい患者は潜在的に多いが、通常時間外での業務は人件費が高くなる傾向がある。
自動者教習所又は出張での運転評価	教習所で料金を徴収しており、疾患別リハの算定はできないが、セラピストが帯同して評価を行っている。
セラピスト2名体制でのリハビリ	訓練時の安全確保及び訓練効果の最大化のために、セラピスト2名体制でリハビリを行う必要があるケースが一定数存在するため。
身寄りのない患者の家宅整理同行と退院支援に向けた会議のコスト	高齢かつ身寄りが無く在宅復帰が見込めない生活保護未受給の患者の入院例が増え、退院支援にあたる関係職種の業務負荷量が多くなっているため。
公共交通機関訓練や家屋評価等で4単位以上かかる場合の選定療養	専門施設外での疾患別リハ提供が4単位/日を超える場合には、実施しないという方針の医療機関もあり、患者様へのリハビリ提供機会を損失している恐れがあるため。
リハビリに使用する靴、装具、歩行補助具のレンタル料	選定療養費をいただくことで、患者様に適した物品の使用が可能となるため。
BCAA などアミノ酸飲料の選定療養費	リハビリ提供後のアミノ酸飲料の摂取について肯定的な結果のエビデンスがあがっているが、実際に提供する際には病院の持ち出しとなり、実施できていない施設が多い。

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

ADL の維持、向上等を目的とした 20 分未満の短時間リハ	1 単位はかからないが生活場面では重要な介入となり、入院日数短縮の効果や ADL 能力の効率的な改善につながっているため。
補装具外来時のセラピストの評価に対する疾患別リハビリテーション料	医師の診察料のみで、医師から依頼があり、PT が患者の状態を評価し、必要な補装具を医師と一緒に検討しても算定できるものがなく、サービスとなっているため。
ADL 指導や全身状態を考慮した、20 分に満たないリハビリテーション	実際の病棟内での ADL 介入が必要であっても、20 分に満たないことがあるが、療養中の ADL 拡大が退院支援の上では必要であるため。 また、全身状態を考慮し、実際に 20 分以上の介入やリハビリテーションを展開することが困難な患者がいるが、20 分未満であっても介入している場合があるため。
入院・外来共に自動車運転評価料の請求	ドライブシミュレーターを所有している病院も少ないため、ドライブシミュレーター評価を実施した際に、評価料を負担して頂く。また、評価結果をまとめた用紙を提供する際にも、別途で提供料を請求する。
6 歳未満患者へのリハビリテーション提供費用	外来での 6 歳未満患者へのリハビリテーション料は、B001-2 小児科外来診療料に包括され、別に算定できません。しかしながら 6 歳未満の患者についてもリハビリテーションが必要となる場合も多く、提供したリハビリテーション料の費用を患者より徴収できないか。
疾患別リハビリテーションや認知症リハビリテーションの算定期限を越えた患者における、本人・家族が希望した際の選定療養でのリハビリテーション提供	認知症患者におけるリハビリテーションの提供は現時点でも十分とは言えず、徐々に廃用が進んでしまう患者も少なくない。リハビリテーションは改善することだけでなく、病期によっては維持することも重要であると考える。
退院前訪問指導(料)の制限回数を超えた場合の選定療養	自宅退院患者において、入院中や退院時など複数回に渡り、患家を訪問し療養上の指導が必要な場合があるが、回数制限により在宅生活への移行支援が行えていない。
2 時間未満の精神科作業療法の提供	精神面の状態では短時間でのリハビリの必要性を強く感じる人が多いため。
精神疾患のみをもつ患者への疾患別リハビリテーション	精神疾患（精神活動性低下など）により身体機能低下している患者も多くおり、より身体機能に特化したリハビリの必要性を感じる人が多いため。
特定 28 品目以外のアレルギー対応	特定品目以外のアレルギー申し出も多数あり、厨房内業務の煩雑化や食材の確保等を要する。
宗教上の食品禁忌対応	外国籍患者の受診数が増えており、近年増加傾向とを感じる。通常メニューと別対応が必要である。厨房内業務の煩雑化や食材の確保等を要する。
院内約束食事箋から大きく逸脱するエネルギー非充足部分の食品提供費用	入院患者の年齢幅や体格の差が大きく、平均荷重等で約束食事箋を設定しても範囲外になる患者が発生する。その際、エネルギー不足分に対して院内で対応するためには追加で食

(注) 提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	材費が必要となるが、入院時食事療養費は一律であり、その補填などが現在は一切ない状況。栄養量不足のまま食事提供を続けると、栄養状態の低下や在院日数の増加が懸念されるため対応が必要。
患者家族への栄養指導実施	患者本人が認知症等で理解ができないもしくは家族の強い希望により、本人不在で家族に対して栄養指導を実施した場合。
患者希望による栄養指導実施	特別食は喫食していない（もしくは対象外）が、患者本人の希望により栄養食事相談を実施した場合。
疾患の無いスポーツ栄養やリハ栄養・時間栄養、人間ドック・離乳食の栄養指導での栄養指導算定	特定疾患があり、予防目的であったり、本人希望による栄養指導のため。
化学療法食の特別食としての届け出による加算	セレクト食同様、患者希望による選択や個別対応しているため。
胆嚢食、高尿酸血症、肥満気味（BMI25 以上 30 未満）の栄養指導	実際に病名に応じた栄養指導を行っているため。
病院の外来診療時間外に行う入外栄養指導の時間割り増し	救外等時間外診療による割増と同様にする。
VF 食の提供	VF 食の準備の手間を考慮する必要がある。
紹介元による栄養情報料	クリニックから紹介されて指導後、紹介元への資料作成の手間を考慮する必要がある。
アレルギー負荷試験対応食や、75 g O G T T 負荷試験食などの負荷試験対応食	負荷試験対応食作成の手間を考慮する必要がある。
加算対象外の情報提供料	情報提供料資料作成、実施に対する対価として。
サプリメント購入品に対する診断カルテ	医療費削減のためには、ファイトケミカル食品を国民が利用することが推奨したい。そのため、それらの食品を購入した場合に、薬剤師、管理栄養士の立場から摂取効果およびリスクの有無について診断し案内することで健康被害を防ぎながら、健康意識行動を高めるきっかけを持たせる。
入院患者がリハビリ以外に自主的にトレーニングを行いたい時に、施設の一部エリアや器具を貸し出す際の利用料	施設側は利用していない機器等の有効活用が出来、入院患者はリハビリ以外にも運動が出来る。
産婦人科妊婦健診時の面談料	本人の症状だけでなく、社会的背景や家族背景など、メンタル面のケアも同時に行ってお

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	り、面談料の算定ができるのではないかと考えました。
白内障に対する水晶体再建に使用する単焦点トーリック眼内レンズ	視機能改善が見込まれる患者の選好に対応できるよう、トーリック眼内レンズを選定療養に導入すべきと考える。
白内障に対するフェムトセカンドレーザーを用いた水晶体再建術	白内障に対する水晶体再建術時の際に、フェムトセカンドレーザーを用いることで、従来と比較して精度の高い手術を実施することができ、眼内レンズの機能を最大限に発揮する可能性が高くなる。
「最適使用推進ガイドラインの記載の範疇外だが、肥満症治療薬の添付文書の記載の範疇」であり、かつ「医師が医療上必要と認めた」場合の肥満症治療薬の薬剤費	美容目的ではない疾病対策としての肥満（症）治療に対する医療アクセスを確保することが求められることから、患者の医学管理の必要度に応じて薬剤を含む医療費すべてを保険適用とする医療行為と、薬剤のみを選定療養とする医療行為を区別するなど柔軟な保険制度の運用が必要であると考えます。
骨粗鬆症で治療中の患者、および骨粗鬆症リスクを有する患者に対する、25-ヒドロキシビタミンD測定	本検査を選定療養の対象とし、希望する患者においては25-ヒドロキシビタミンDの定期的な測定を可能とすることで、食事療法の成果の確認や治療の効果の指標にもなり得ると考える。
特別養護老人ホーム入居患者について、一包化調剤を行った場合の費用	特別養護老人ホームにおいて、服薬管理は看護師等により適切に管理されているものの、一包化については薬剤管理上、施設での対応は難しく薬局での対応を求められているところであるが、「外来服薬支援料2」の算定は認められていない。
マイナンバーカードを使用していない患者に対して、調剤管理料等の料金	マイナンバーカードを使用しないことによる併用薬の確認に時間がかかるため。
63枚超えての湿布の処方	現在湿布は1処方につき63枚が限度となっているが、限度枚数を超えて希望される患者もいる。その場合、月に2、3度受診されることになり、医療費が増えることになる。
制限回数を超える受診に対する選定療養費	高齢者や乳幼児等の負担割合が少ない方の、必要が無さそうな過度な受診が見受けられる事があるため、保険診療で受診できる回数を設けるべきだと考える。 ただし、回数を超えても医学的に適切な受診と判断された場合は保険診療とする。
薬剤師による「血圧管理特化型個別化プログラム」	国民の健康増進、医療費の適正化、そして薬剤師・薬局の機能強化という、多角的なメリットをもたらす取り組みだと考えます。
アトロピン硫酸塩水和物（リジュセアミニ0.025%点眼液）による近視進行抑制治療	保険外併用が認められることで、児童は従来と同様の医療を受けながら、リジュセアミニ点眼液を含む近視進行抑制治療の恩恵を受けられます。
フレイル予防に関する医療相談および教育指導	運動に対する支援、栄養に対する支援、社会的なつながりに対する支援など、一定の知識を持った医療関係者による相談への対応や、個別に行われる教育指導については、フレイル

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	予防に貢献するものとして評価してよいのではないかと考える。
ロボット支援下内視鏡手術で、既存技術（内視鏡手術）と安全性が同等程度とみなされ、既存技術と比較して、短期的な臨床的有用性までは証明されていないもの	高額な投資が必要なロボット支援下内視鏡手術は、機器や医療材料の費用、メンテナンス費用など医療機関の負担が大きく、機器の購入がためられ、結果的に患者の治療選択肢が狭められている。また、手術に必要な材料にかかる費用は腹腔鏡と同じ診療報酬では十分ではなく、病院経営判断でロボット支援手術を制限せざるを得ない現状もある。
DPC 入院中のマルチ遺伝子検査（オンコマイン等）	現行の DPC 制度では、マルチ遺伝子検査（例：オンコマイン）を包括評価に含めており、検査コストが補填されず、適切な検査実施に支障をきたしています。これを選定療養の扱いとし、DPC 包括対象外として出来高算定できるよう見直すことを求めます。
学習障害を持つ患者に対する、検査を含めたアセスメント	学習障害は投薬等で治癒するものではないが、一方で、適切な教育・指導を与えることによる症状の改善、学習や生活のノウハウ・ツール・社会資源を活用することによる障害の補完が見込まれる。当該サービスを受けるか否かで患者本人の人生および国全体としての生産性に大きな違いが生じるため、重要である。
精神保健指定医による児童思春期患者の土日祝日予約診療	児童思春期患者およびその保護者が希望する場合に、精神保健指定医が休日等に特別に設定した診療枠（1 時間程度の予約制外来）を提供し、その分の追加費用を選定療養として設定することを求めるものである。
補体活性化を制御する薬剤投与時のヘモフィルスインフルエンザ b 型ワクチンを含む 5 種混合ワクチンの接種	近位補体制御薬の投与が予定されている PNH や C3 腎症の患者が、適切な感染予防措置を受けるためには、現行では保険適用外である 5 種混合ワクチンについて、少なくとも選定療養の対象とする必要があるのではないかと考えます。
専門医の受診を希望した場合、あるいは医療機関が病床数に応じて専門医を配置した場合の選定療養費	選定療養の導入により、専門医は真にその専門性を必要とする患者さんの診療に集中できるようになり、専門性を最大限に発揮し、質の高い専門医療の維持・向上に寄与する。
患者の都合からの医師の指名料	診療科の特性上、グループ診療にしている診療科も多いが、担当医師を指名したいという患者の場合に応える目的から、医師指名料について、導入を希望する。
がんゲノム検査	標準適応外のケースで、患者が希望して自費で受けた場合に、選定療養費の一種としていただくことにより、患者への治療選択肢拡大の一助となる。
嚥下造影検査及び嚥下内視鏡検査を実施した際の検査食の費用	医療の質の向上に資することが非常に大きいため、選定療養として導入すべきことが適当と考えます。
複数箇所の神経ブロック	国民の高齢化に伴い、頸椎・胸椎・腰椎など複数箇所の変形や痛みを訴える高齢者が増加している。しかし、現行の保険制度では 1 回の受診につき 1 か所の痛みに対する神経ブロッ

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	クしか実施できず、高齢患者の再診回数の増加を招いている。
手術、IVR の指名料	術者を指名した際に、各病院で設定する料金を選定療養として徴収できるようにしていた だきたい。
生活習慣病やフレイル予防のために、健康 運動指導士等による運動指導を行った場 合の選定療養	フレイル予防のためには、健康運動指導士などによる指導のもとでの運動指導が効果的で あるが、これは医療保険と密接に関わるものの、現在は栄養指導とは異なり診療報酬点数 で評価がされず、医療機関に健康運動指導士を増やそうとする取組みも進まない実情とな っている。

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

< 歯科 >

提案・意見内容	理由
歯科ドック	健康寿命が伸びている現在、食べる事の重要性が再認識されるなか、口腔の管理に対する意識の高まりから、歯周病検査だけでない歯科ドックの需要は高まっているものとする。実際、自治体によっては補助を出している所もあるので、選定療養にはいかがか。
部分床義歯におけるノンクラスプデンチャーの導入	審美的な側面からも患者のニーズも高い。設計に考慮すれば摘要事例もあり導入すべきと考える。
金属アレルギーを有する患者に対するノンクラスプデンチャーの製作	残存歯数や解剖学的に矮小歯である歯牙のために義歯の装着が必要になった金属アレルギーを有する患者に対し、クラスプを使用せずに義歯の製作が可能であれば、対象患者にとっては有益であると考えられるため。
Er;YAG レーザーを使用したSRP	歯周基本治療をドクターのみでやらざるを得ない状況では、レーザーを使用するのは、時間の短縮にもなりますので、新規導入すべきであると考えます。
小児・成長期における矯正治療	小児・成長期における矯正治療は、歯列不正だけでなく口腔習癖や口腔機能発達不全の改善にもアプローチが可能であり、歯列・口腔機能が適切に発達するのを助けることにより、発達不全がもたらす疾患の軽減が見込めるだけでなく、ひいては成人期におけるう蝕、歯周病等のリスクを減らすことにも寄与すると考えられるため。
CAD/CAM 技術にて製作した総義歯	製作過程の簡便化による通院回数の減少、CAD/CAM 技術を用いて製作過程のオートメーション化による歯科技工士の労働時間の改善等、患者満足度の向上、診療報酬の削減、歯科技工士の労働環境の改善を期待できるため、新規導入すべきと考える。
ラバーダム防湿を併用した治療	患者が受診時の安全性や治療予後を鑑みて、ラバーダム防湿の併用を希望した際に、選定療養の対象として費用の負担を生じさせることは、患者と歯科医院、双方のメリットとなる。
メタル（金属）レスブラケット	矯正歯科の保険診療で用いられるダイレクトボンド用ブラケットには様々な種類があり、材料価格も一定でないため、選定療養に適していると考えられます。
要介護の患者に対する給付外インプラント義歯の一部除去及びその後の義歯管理	要介護となった高齢者に限り、インプラント義歯に伴うインプラント周囲炎の治療と一部除去に要する残存歯がある場合の歯科医学的管理について、医療安全上並びに保険システム上からの配慮により、保険外併用療養の対象に追加して、保険給付を行う必要がある。
保険給付該当年齢以降の外傷歯保護装置と、運動・スポーツ用のマウスガード	外傷歯保護のための口腔内装置の適用は18歳未満に限られるが、システムチック・レビュー論文で、一度口腔外傷を起こした場合の再発リスクが高いことが示され、また身体の向

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	上での受傷程度の重症化が予測されている。よって、成長期以降も外傷歯の保全管理は必要で、その目的で作製される保護装置は選定療養として導入検討すべきである。
歯科における保険診療と自費診療の同日算定	矯正歯科治療、インプラント治療や補綴治療等の自費診療とう蝕や歯内療法等の保険診療を同日に行わなければならない状況があるが、現在は、混合診療の概念から不可とされている。この場合、それぞれ別に診療予約日を取得する必要があり、患者の通院利便を考えると、患者の仕事や学業等の生活にも影響が及んでいる。
歯科診療でのインプラント義歯のメンテナンス	生活機能の低下した高齢者においては、多くの受療者が専門的なメンテナンスを継続できていない実態が明らかなことから、要介護高齢者に対するインプラントの管理に対して選定療養での対応が必要と考える。

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

<その他>

提案・意見内容	理由
OTC類似医薬品がある薬価収載品目	OTC類似医薬品がある薬価収載品目について、保険請求の取扱いが課題となっています。そこで、OTC類似薬価収載品を処方した際には、OTC医薬品の平均販売価格との差額を、選定療養として患者の保険外負担として一部をオンコストしていくこと。
スイッチ OTC 化された医療用医薬品で軽症の対症療法薬を導入	国民皆保険を維持する為に、公助・自助・応能負担をバランスよく導入すべき。特に全世代型社会保障の視点に立ち、病気もセルフケアの視点も導入すべき。
臨床試験で有効性安全性が同等であるバイオシミラーのあるバイオ医薬品の差額の全額	先発バイオ医薬品がバイオシミラーより高額である主たる理由は、特許（知財）であり、特許切れはすなわち、その先人の英知は、広く人類が享受できる利益であることから、保険医療で受けられる医療は、長期収載品である合理性がない。
治験において、有効性安全性について、非劣勢試験にて承認をとった先発薬の、すでに発売済の同じ有効性安全性の薬剤との差額	新たに承認を受けるすべての医療用医薬品（新薬）は、既存の医薬品に比べて、有効性または安全性の項目で勝るべきである。仮に同等であれば、既存品と同じまたはそれ以下の薬価にすべきである。既存品が後発薬である場合は、その薬価より低く設定すべきである。安全性、有効性が同等で、内服の回数が減るなどの工夫がある新薬もある。投与回数の違いが、患者のコンプライアンス（服薬順守）に与える影響が治験で明らかではない限り、同じ薬剤としてみなし、上記ルールを適応すべきである。
外来服薬支援料2の算定要件を満たさない一包化	算定要件を満たさない医師の指示・患者希望による一包化は、薬局の時間的・金銭的成本を浪費し、本来行うべき対人業務の妨げとなるため、算定要件を満たさない一包化については患者の自己負担とすべきである。
病棟のWi-Fi環境整備に係る選定療養費	入院患者に対する院内Wi-Fiサービスを提供した場合に、その利用料を選定療養費として徴収する。
一般用医薬品にて代替可能と考えられる鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（以下、貼付剤）、ビタミン剤、慢性腸炎以外に使用される整腸剤、アトピー性皮膚炎以外に使用される皮膚保湿剤にかかる処方料・調剤管理料・薬剤料等の選定療養化	上記にあげた4薬剤は、費用対効果が明確でないものの患者希望により処方される事例が散見されるため。選定療養化により、医療費削減および適切処方に繋がると考えられるため、新規導入すべきと考える。
経営・管理ビザで患者本人及び家族が日本	法律はすぐかえられないが、選定療養制度に盛り込むなら、ある程度スピード感が出るの

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

の国保を利用して受ける医療全般を保険診療（3割・2割・1割）に何倍乗じた負担にするべき。	ではないか。
小児（高校生以下）において、短期間内（例：同一週内）に同一症状で複数の診療科を連続受診した場合、または小児科・整形外科以外の診療科について選定療養費を適用する制度の導入	非効率的でリスクを伴う受診行動を抑制し、保護者に「適正受診」を促すためにも、小児科・整形外科以外の診療科（例えば、小児科の紹介状のない耳鼻科や皮膚科の受診）での二次的受診については、選定療養費の適用を検討すべきと考えます。
専門医による初診・再診	専門医を取得するには診療経験年数、実績、取得などに伴う費用などが必要であることから、選定療養として導入してはどうか。大病院の初再診と同様、導入することで専門的治療が必要な難治性疾患等に専門医が対応できる機会が増えるので、国民にとっても有益と考える。
給食費を診療報酬で定められている金額に上乗せできる制度	病院の給食費は昨年、今年と25年ぶりに値上げが決まったが、まだまだ昨今の食材費上昇分を吸収できないでいる。 一方で、給食を如何に美味しくするかについては、各医療機関が努力しているものの、その程度はまちまちであり、かつ、その努力は金銭的報酬としては一切、報いられていない。
補体阻害剤投与時のヘモフィルスインフルエンザ菌b型（Hib）を含む混合ワクチンの接種	今後、国内で成人に対して使用可能な単味のHibワクチンがなくなることが想定されるため、本剤を含む補体阻害剤による適切な治療の提供が継続できるよう、現在保険適用外である5混ワクチンについて選定療養の対象とする必要がある。
オムツの処理代	オムツの処理には労力と廃棄代がかかっており、さらには感染症患者の場合には感染廃棄物としても取り扱うこととなり、一般廃棄物より処理代がかかるため。
患者から依頼の診療情報提供書料	診療情報提供（紹介）するまでもないのに、大きい病院受診希望や指定する病院へ診療情報提供書を依頼してくる患者様に対しての書類作成料。
緊急性が認められない場合の救急車搬送	救急外来での救急搬送事例が増加するなか、救急搬送が必要でない症例も多い。
親の付き添い費用	食事の提供、休息スペースの確保、付き添いベッドの提供、施設使用等には経費がかかるため。
薬局の納入価が薬価よりも高額となる「逆ざや」品目について、当該品目とその他の医薬品を含む処方箋について当該品目の	顕著な逆ざやは「不採算品再算定制度」では全く解消できないため、選定療養を導入することで、処方医が処方控える事も、薬局が経営困難に陥る事も無くなり、最終的には国民のメリットにもなるため。

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

み保険外とする	
ＯＴＣで販売されている薬剤	軽微な病状に対応する医療資源を救急・重症患者に充てるため。
ポイント付与薬局利用	ハウスカード等のポイントの付与は禁止されており、患者誘導を行っていることになるため、健康保険事業の健全な運営を損なっている。
敷地内薬局利用	一部の保険薬局が保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行っているが、これらの行為は健康保険事業の健全な運営を損なうおそれがある。
患者家族からの依頼による、勤務時間外に行う患者の病状や手術などの説明	患者家族の仕事上の都合により日中に時間がとれず、患者家族からの依頼により医師が勤務時間外において説明を行うことがある。これは医師の働き方改革に沿ったものではないことや、時間外手当も発生することから、勤務時間外に説明を行った際は選定療養費を請求できるようにすることを要望する。
マイナンバーカード・健康保険証などの持参忘れ、未加入等で保険が確認できない場合に徴収する料金	患者がマイナンバーカード・健康保険証などの持参を忘れ保険が確認できない場合に、一律の料金を徴収することで、公的保険証の不携帯抑止を図ることができ、事務効率化及び患者の意識向上が期待できる。
患者都合による患者及び患者家族への時間外及び休日における説明	日中は仕事をしている、家族が遠方に住んでおり病院到着が診療時間外となる等の患者及び患者家族の都合により、診療時間中に病状説明又は診療に係る事項の説明等を行うことができず、診療時間外の対応を取らざるを得ない場合がある。診療時間外の対応は医療機関の負担増ともなっており、実費徴収が必要であると考え
訪日外国人患者に対する医療情報提供に関する費用	保険診療を受ける訪日外国人患者に対して、通訳対応及び検査結果・服薬説明書などの外国語等での翻訳文書作成について、選定療養として実費徴収を認める制度の導入を希望する。
保険調剤の一部負担金にポイント付与を行っている薬局への選定療養導入	ハウスカード等のポイントの付与は禁止されているにもかかわらず、１％を超えない範囲でポイントの付与を行っている薬局が散見され、健康保険事業の健全な運営を損なっておりますことから、ポイントを付与している薬局の利用については選定療養の対象とすべきと考えます。
患者の希望に応じた検査・治療	医師の判断としては必ずしも必要とはされないが、医学的に有害とは言えず、患者が強く希望する検査・治療は一定数存在する。このような医療行為を「選定療養」として位置づけることにより、保険診療としての査定リスクを回避しつつ、医療機関と患者の双方にとって透明性の高い合意形成が可能となる。
入院先以外のクリニックから処方を出し	医療費負担の公平性の観点から。入院中の方が、入院先以外のクリニックから処方を出し

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

てもらう場合	てもらう場合、レセプト請求しないので選定療養対象外となる。これを選定療養の対象とすべきではないか。
他医療機関受診における患者への付き添い及び交通費	療養担当規則に則り適切な措置を講じた場合には、他医療機関への付き添い料及び交通費の実費については、選定療養で別途算定できるようにすべきである。
キャッシュレス決済にかかる手数料	保険医療は価格が公定されており、通常の商取引と異なり、手数料を価格に転嫁できないため、医療機関や薬局が全額を負担する構造が制度的障壁となっている。
患者の希望により実施される配送	調剤報酬は来局による交付を前提に設計されており、配送費用が含まれていないにもかかわらず、薬局が恒常的に配送を無償で提供している現状は、制度の公平性と持続可能性を著しく損なう。
制度的には在宅契約や指示がないことを理由に報酬算定ができない訪問業務	交通費ではなく「薬剤師訪問そのものに対する費用」として、制度的に選定療養に明示し、正当な対価として徴収できる仕組みを整備する必要がある。
敷地内薬局利用料	敷地内薬局に対しては調剤報酬の減算措置が設けられているが、この措置は患者にとって「負担が安い薬局」としての誤った選択動機を生んでおり、実質的に患者誘導を助長している。
患者の希望で処方されている医薬品や、漫然と継続されている医薬品	シナールやトラネキサム酸など美容目的で服用している可能性があるもの、メチコバールやビタミン剤などの漫然投与を減少できる可能性があると考えため。
湿布薬、軟膏（消炎鎮痛）、含嗽薬も対象にすべき	社会保険料を削減し、現役世代の手取りを上げる必要があると考えため。
セカンドオピニオン	セカンドオピニオンを実施した日に、検査等の実施が望ましいと医師が判断し、患者もこれらの医療を希望した場合でも、セカンドオピニオンの費用が保険外診療にあたるため、同日に検査等を実施できないことから、検査等の遅延や再受診が必要となり、患者には不利益が生じている。
患者の都合による診療予約の変更依頼に対して、選定療養として「予約変更調整費」を設定	診療予約の変更に際して、診療科への連絡、予約枠の確認、医師のスケジュール調整など、多くの職員が関与し、相当な時間と労力を要している。 患者都合からの再調整の対応は診療報酬上評価されておらず、医療機関の負担が一方的に増加している。選定療養として予約変更調整費を設定することで、患者の利便性を確保しつつ、医療機関の業務負担の軽減と持続可能な診療体制の維持が可能となる。
特別の通院環境（駐車料金）	その他交通機関による通院が困難な患者の車輻によるフリーアクセス性を担保する観点から、医療機関で使用の可否を判断できる保険外併用療養の対象に追加して、保険給付を行

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	う必要がある。
電子決済手数料	電子決済では、一般的に決済ごとに一定割合の手数料が発生する。しかし現在の診療報酬には、この手数料への配慮はない。
救急外来軽症患者に対する優先診療	救急外来において、トリアージにより緊急度が低いと判断された患者の中には、時間的制約や不安から早期の診療を希望する者が存在する。こうした患者に対して、一定の追加自己負担により、通常の診療順とは別枠で、可能な限り早期に対応する「優先診療オプション」を提供することで、患者満足度の向上と医療資源の有効活用が期待される。
軽症者の救急車両使用	救急車両の適正使用と当該医療機関を含めたこれに関わる人員の負担軽減のため。
時間外 IC 等料金の導入	近年、共働き世帯が増えている一方で、医師の働き方改革も進められている中、医療者との時間調整した結果、診療時間外・休日に IC を求める患者・その家族等が増えてきている。
医師、看護師（同席）の IC（同一内容時）	患者側の都合で同一内容の IC を再度行った場合に、1 回目と同様の時間と人員を要すると考えるため。
選定療養の廃止	選定療養の形で保険外負担を増やすことが、医療の中にお金のあるなしによる格差を持ち込むことであり、国民皆保険の足場を掘り崩すことにつながるという問題を厚労省は認識すべき。
	患者の経済的負担、医療機関の業務負担増、後発医薬品の利用促進にマイナスの影響があるため。
	患者窓口負担が増えることは反対です。
	必要かつ適切な治療・療養環境が標準的に提供されるべき、との考えから選定療養費としては廃止、保険診療制度への収載を進めてほしい。
	経済的事情により、提供される医療に差別をうまないようにすること。
	医療上必要と医師が判断したものは全て保険給付とするべき（保険外自己負担とするべきではない）。さらに、選定療養に依存せずとも医療機関の経営が成り立つような診療報酬にするべき。また、これ以上選定療養費を拡大させるべきではなく、現行選定療養費も改めて保険収載するように検討するべき。
	この制度は、患者の選択権を侵害する不当な施策です。よって、保険外の負担による患者誘導という制度そのものに対して反対し制度の中止を求めます。
	日本が世界的に健康国であることは、食物や環境といった要因に加え医療へのかかりやすさ、皆保険、軽医療費負担が挙げられています。とはいえこの間医師働き方改革、病床削

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	減、保険料や窓口負担増で医療の供給と双方の縮小がはかられており、選定療養費負担増はそれに拍車をかけるものです。3割負担を堅持するという政府方針とも矛盾します。増やすのではなく現行の選定療養費項目も無くすべきです。
--	--

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

2. 既存の選定療養の類型の見直しに係る提案・意見

○特別の療養環境

提案・意見内容	理由
「入院医療に係る特別の療養環境の提供（差額ベッド）に関する料金」の徴収を拡大するのではなく、「療養環境加算」と「重症者等療養環境特別加算」の引上げ	差額ベッド料の徴収を拡大させるのではなく、既存の診療報酬である「療養環境加算」と「重症者等療養環境特別加算」の点数を引き上げることで病院経営の原資を補うべきものと考えます。それにより、経済力の多寡でなく、病状によって必要な療養環境を患者に提供できます。
廃止	医療はお金のあるなしに左右されず、誰もが安心して受けられるべき。
廃止	人は皆平等なので、入院患者を療養環境で差別してはならない。
拡大するのではなく、入院料の加算である「療養環境加算」と「重症者等療養環境特別加算」の点数を引き上げるべき	入院基本料をはじめとして診療報酬が十分でないことから、差額ベッド料の収益が病院経営の重要な原資になっている現実がありますが、選定療養費（差額ベッド）の徴収拡大は、病状でなく経済力の多寡によって受けられる入院医療に格差拡大をもたらします。
現行の取扱いの明確化	病床運営上で、患者都合によらない個室の入院は、差額ベッド代は徴収しない旨を徹底する。病状によって必要な場合の個室入院は、差額ベッド代は徴収しない旨を徹底する。
廃止	そもそも療養環境をお金で買うということは、医療の現場にはそぐわない制度です。患者の病状に合わせて療養環境を提供することが、本来の在り方だと考えます。
経済的理由で拒否した場合の救済措置の検討	差額ベッドは、社会経済的格差が医療格差にならないよう配慮が必要だと思います。
廃止	収入の少ない高齢者、また障害者や青年が入院しにくくなります。結果的に命の差別に繋がる事になりますし、重症になってから医療機関に受診することとなり、かえって医療費の高騰に繋がると思います。
廃止	差額ベッド代のかからない病床に空きがでるまで入院を待つなど、低所得者を中心とした医療へのアクセスの低下と医療格差につながる恐れがある。
廃止	お金の有無で特別な療養環境は決められない。必要性によるものだと考えます。
廃止	お金のある、なしで個室が使える、使えないと差があるのは差別。
廃止	医療保険制度は、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険の理念から外れているものだと考えるため。
入院医療に係る特別の療養環境の内容を	現代の日本人の住環境の水準を考えると、トイレのある個室は療養環境として当然のもの

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

明確化すべき	であり、選定療養の対象とすべきではない。 選定療養の対象となるのは、応接室付とか、直接療養とは関係のない設備を備えた病室のみに限定すべきである。
廃止	コロナ感染症の教訓から、感染症対応のために個室を有効に活用しています。 選定療養費を続けることは、感染症優先でベッドコントロールする上で、選定療養費制度、いわゆる差額室料徴収は、有害ですらあります。 療養環境の改善は、選定療養費を取ることで原資にするのではなく、診療報酬制度の中で病院収入を増やして対応すべきです。
廃止	患者にとっての差額室料は、長期入院になれば負担が増え、入院費が莫大なものになり、医療費控除も受けられないなど、安心な療養を妨げるものと言える。
廃止	差額ベッド料は安心して診断・治療を受けるための権利を奪うものであり、廃止を希望する。
公立病院では病床数の3割までとの制限については、本則の5割まで引き上げる	現在の地域医療構想における機能分化・役割分担が進められている状況下では、特別の療養環境の整備基準にあたって、公立病院かどうかという性質に着目すべきではなく、よって公立病院は3割までという基準は合理性のない制限と考える。
外来診療における特別の診察室を希望する場合又は特別な診察環境を希望する場合における特別室料の算定を追加。	差額料金を払ってでもプライバシーに配慮された空間で診察を希望される患者もいる可能性があり、様々な患者のニーズに応えた室料の設定があっても良いのではないかな。
病床の範囲について、現行の5割までとなっているものを8割程度まで緩和	療養環境の向上に関するニーズ、患者の自由な選択の機会を広げるべく、各医療機関の病床数の5割までとしている特別の療養環境の提供に係る病室（差額ベッド）の基準を大幅に緩和し、医療機関の裁量により地域性や特性を考慮した設定が可能になることを要望する。
廃止	病院の都合で徴収していることがあり、徹底されていない。（例えば感染症での隔離など）取扱いを明確にすることもあり得るが、病院が設定することになっているため困難である。廃止が妥当であると考え。
廃止	個室や大部屋など病床の利用は、症状によって使用するのが妥当であり、お金を払えば部屋を選べる仕組みは問題と考えるため。

○予約診療

提案・意見内容	理由
---------	----

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

廃止	ほとんどの歯科医院では、予約制を導入しているため、削除してもいいと考える。
廃止	予約診療について、患者の経済的負担が増加したことにより、必要な医療へのアクセスが妨げられる「受診抑制」のリスクの懸念がある。
変動制の予約料金の設定	予約の集中を均すことで、患者様に提供できるリハビリの時間を増やせると考えるため。
情報通信機器を用いた診察への適用拡大	予約診療を行う場合、当該時間を医師が確保の上で受け付けるようにしているが、これでキャンセルが発生すると、その間に患者を入れることができず、医師の時間及び事前問診等の準備した事項などの損失が起きているところであり、予約について生じている損失は対面の診察と同様であるため。
廃止	病院側は予約時間を組むことで料金をいただいているため、時間通りに診療が進まなければ患者とのトラブルになりかねない。必ずしも予約外来がスムーズに進むとは限らないため、予約枠を減らすなどが対応として考えられ、受診抑制につながりかねない。
待機時間及び診療時間の条件の緩和	待機時間については、診察前に検査等を行い受診科で診察待ちをする場合、どの時点からを待ち時間とするか曖昧であり、予約患者と予約外患者の待ち時間の状況を把握することも困難である。
予約診療を行う標榜科ごとに記載する実施報告書の見直し	診療内容によっては、標榜科全体では、予約に基づく診療に関する事項を遵守できない。
廃止	予約をして利用すると席料をとるような事業はほかにはない。一般の企業から理解を得られないような制度は不要である。
廃止	予約になぜ料金発生するのか。予約しないとかけられない危惧もあり、活用困難だと考える。

○時間外診療

提案・意見内容	理由
現行の取扱いの明確化 見直し	急病、救急で地域のかかりつけや救急輪番病院での受け入れ困難な場合は徴収しない。
廃止	時間外受診はそのほとんどが急病であるため。
時間外診療時の選定療養費の判断を規定で定める	時間外診療のコンビニ診療の増加を防ぐため。
廃止	選定療養費を意識して時間内まで待つとなれば、生命の危機が生じかねない。
医療機関の定める時間でなく、一律に時間を定める	医療機関の診療時間によって時間外の選定療養費がまちまちになるのは、公平性に欠けるため。

(注) 提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

廃止	時間外診療は、病気がいつ起こるかわからない中で必要なことである。保険に入れるべき内容である。
廃止	だれもが急病でも受診できることが最も良い、保険に入れるべき。
時間外調剤に対する支払い	医療機関では診療時間以外の時間における診察が選定療養として定められているが、薬局の開局時間外の時間における調剤は定められていないため、見直すべきである。薬局の開局時間外の時間における調剤については、求めがあれば対応せざるを得ないが、緊急性の低いものも多い。緊急性が低い場合、加算によって医療費が高くなって国民負担の増加に繋がってしまう。また、薬剤師のワークライフバランスの観点からも改善すべきである。

○大病院の初診

提案・意見内容	理由
医療機関以外からももっともな理由をもって紹介があった場合には選定療養費を徴収しない	人口の高齢化で地域での健康教室などの取組みがさらに充実してきており、開催者はそれなりの勉強をして経験も豊富であり、病院と健康教室主催者とが連携して地域の健康を守ることは重要な視点であるため。
クリニックへの拡大	低額・無料の患者さんのポリクリニックの予防目的として、クリニックレベルでも初診・再診時の選定療養費を徴収できるような体制を作ることは必要と考えます。
廃止	紹介状なしの患者さんへの高額な料金負担は、医療機関の選択を制限することにつながります。
救急自動車で搬送された患者に対する選定療養を徴収する対象の基準の明確化	徴収にかかる基準が明確になった場合、徴収を実施する医療機関が増加し、国民にも広く認知されることで、不適切な救急要請・搬送が減少することも考えられます。
廃止	高齢者の移動手段が課題になる中、最寄り的大病院が選定療養を適用していれば、紹介状なしに通院することは難しく、受診抑制から重症化へとつながります。
廃止	怪我等で夜間救急にかかりたくとも、対応しているのは大病院で選択の余地がない。
臨床実習に協力していただける患者を徴収対象除外患者とする	医科病院と歯科病院が統合された国立大学病院では、歯科部門においても紹介状なしでの受診時に選定療養費が徴収されるため、臨床実習に協力していただける患者にも金銭的な負担が生じています。その結果、協力患者の確保が難しくなり、診療参加型臨床実習の推進に逆効果を及ぼすとともに、大学病院の重要な役割である医師・歯科医師の育成にも支障が生じています。
廃止	かかりつけ医が近くになく、地方には診療科も充足している訳でないため離れた大病院に

(注) 提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	受診せざるを得ない人もいます。交通費もかかり、保険診療とは別に費用を徴収されると経済的に受診を控え、重症化してから救急車で結局大病院にかかり、医療費も医師にも負担になる。
廃止	選定療養（大病院の初診）の導入時、厚生労働省は「180 日超の入院」に関する規定を以て「健保法附則第 2 条には抵触しない」との見解を示しましたが、「180 日超入院」の減額分徴収は任意（要報告）である一方で、定額負担徴収は義務（強制）であること、該当例が多いとは言えない長期入院と極めて汎用性が高い初・再診料とを同列には論じられないことからしても無理筋の主張と言わざるを得ません。
臨床実習に協力していただける患者を徴収対象除外患者とする	厚生労働省および文部科学省が推進されている「診療参加型臨床実習」を充実させることが、非常に困難になってきています。
小児・夜間受診での適用は中止	子どもの医療費は助成あり基本的に自己負担なく受診できるが、夜間に小児が時間外受診できる病院は大病院であり、自己負担を求められる場合があり、制度間での矛盾があると感じるため。
廃止	急性疾患で救急搬送された先が一般病床 200 床以上の病院であった場合、この選定療養が適応される場合がすでに関東地域で始まっていると聞いている。救急隊は病状を判断しつつ搬送するが、いちいち患者に選定療養費が必要になりそうだと説明しながら搬送している、搬送時間が長くなってしまい、救急搬送の意味が無くなってしまう。
明確化	A 医師なら加算せず、B 医師なら加算する、があり得るため。
病院の初診に関する基準の見直し	病院と診療所の機能分担の推進を図るという大きな方向性のもと、国や各病院などにおいて各種取組が進められているところです。公費負担の医療制度の受給対象者であっても、まずは診療所を受診することが求められるところだが、その方向性に逆行し、病院に負担を課す内容であるため。
徴収の義務化	一般病床 200 床以上の病院の初診に係る選定療養費については、徴収を当然とする地域が一般的ではあるが、500 床以上にも関わらず選定療養費を徴収していない病院がある地域も一部ある。 医療機能分担を明確化するために、大病院の役割を認識させるべく当該選定療養費の徴収を義務化する必要があると考える。
小児科の除外	高校 3 年（18 歳）までの医療費を免除する自治体が増えてきたが、選定療養となることで、病院への受診が激減した。小児科の開業医が少ない地域での運用は除外すべき。

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

病院自身の選択制	地方の病院では、選定療養により受診控えとなっている。収益低下の一因となっている。
地方の医療機関を選定療養費から除外	地方の医療機関では受診者数の著しい減少を招いており打撃が大きい。地域の実情に応じた個別の見直しを強く求める。
減額若しくは廃止	人口減少より診療所医師の高齢化による診療所減少の進行の方が速く、地域の基幹病院でさえ、かかりつけ医機能を一部担わないと仕方なくなりつつある。
一律増額	再診時の選定療養費が病院によって違いがあるため、一律増額にし、大病院の負担軽減をはかるため。
拡大の見直し	同一の理由により受診するにも関わらず、同日複数科初診料を算定出来る場合には、請求可能であるが、1診療科受診のみで外来診療料算定の場合には請求することが出来ないため、新たな疾患で受診する場合で他医療機関からの紹介がない場合や院内他科からの指示がない場合には請求できるよう、取扱いの明確化を要望する。
廃止	自由アクセスを制限する制度であり、不要である。
廃止	医療にかかる権利を制限するものになると思うため。

○大病院の再診

提案・意見内容	理由
クリニックへの拡大	低額・無料の患者さんのポリクリニックの予防目的として、クリニックレベルでも初診・再診時の選定療養費を徴収できるような体制を作ることは必要と考えます。
「文書による紹介」の撤廃	200 床以上の中規模病院において標榜診療科は複数あり、患者の利便性から継続診療科の「ついで」に受診診療科を増やすことが考えられる。
廃止	紹介状なしの患者さんへの高額な料金負担は、医療機関の選択を制限することにつながります。
廃止	選定療養（大病院の初診）の導入時、厚生労働省は「180 日超の入院」に関する規定を以て「健保法附則第 2 条には抵触しない」との見解を示しましたが、「180 日超入院」の減額分徴収は任意（要報告）である一方で、定額負担徴収は義務（強制）であること、該当例が多いとは言えない長期入院と極めて汎用性が高い初・再診料とを同列には論じられないことからしても無理筋の主張と言わざるを得ません。
廃止	自由アクセスを制限する制度であり、不要である。
廃止	医療にかかる権利を制限するものになると思うため。

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

○180 日を超える入院

提案・意見内容	理由
廃止	ご本人、ご家族が病気の状態を受け止めて退院先を探していくのに選定療養費が発生すると行き場を失います。状態に応じて療養先を検討し退院先を探す時間的な猶予もなく、ただただ追い出された感じが発生してしまう状況を生む選定療養費を廃止してほしいと考えます。
廃止	特に地方において、核家族化や晩婚化、独居や老老世帯が進展する状況のなか、自宅に戻れない人は一定数いる。
廃止	180 日を越えている患者は、自宅や施設で療養できる医療処置内容ではないため。
廃止	長期にわたる入院をせざるを得ない場合がある。180 日と数字で制限するのではなく、地域の状況と患者の状況で判断される仕組みが必要である。特に地域創生といっている状況で施設も介護も十分でないところの医療を経営的に守る、地域住民の生活を守る上で日にちの撤廃が必要である。
廃止	入院期間は症状によって考えるべきでは。180 日で治る病気ばかりではない。

○制限回数を超える医療行為

提案・意見内容	理由
拡大（指導料等）	腫瘍マーカーに関する料金以外にも、指導料などで回数制限がある場合、制限を超えて指導を行った場合に対して、徴収してはどうか。
拡大（摂食機能療法）	差し入れや行事食など、個別性の高い食形態に関する追加の訓練指導を望まれるケースが存在する。 また、誤嚥リスクが高いために言語聴覚士による継続的な経口摂取フォローが必要で、月に 5 回以上の介入を必要とする患者が多くいる。 完全な経口摂取による栄養摂取に至らない患者においても、部分的な経口摂取を継続できる患者が存在する。その際、摂食機能療法を用いて状態を維持（稀に向上）が期待できる。月 4 回以上摂食訓練として介入が必要な場合、選定療養を選択できると、患者側、提供側双方にメリットがあると考える。
1 ヶ月 8 回を超える受診	過剰受診と思われるため。

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

拡大（疾患別リハビリテーション）	高齢者や慢性疾患の患者では、制限日数を超えてもリハビリの継続が機能維持・再発予防に有効な場合がある。
拡大（がん遺伝子パネル検査）	保険にて実施した後、再度患者希望で実施が行えるように選定療養として新規導入できればと考える。（患者からの要望が多いため）
対象の見直し	入院期間が短くなっている中、集中してリハビリを行う為には、リハビリ回数の制限の廃止を検討願いたいです。リハビリを充実させる事で退院期間の短縮や在宅サービス抑制につながると考えられます。
腫瘍マーカー	悪性腫瘍診断の確定または転帰の決定までの間に1回では確定できない事もあり、1回以上行う事があるため。
リンパ浮腫複合的治療料	「リンパ浮腫複合的治療料」月1回（当該治療を開始した日の属する月から起算して2月以内は計11回）に限り、2の場合は6月に1回となっているが、それ以上の実施が必要な患者が存在する。必要な複合的治療を行うことにより、重症化が避けられ、患者のQOLの拡大が見込まれる。
廃止	制限回数を超えてもせざるを得ない場合を考慮する仕組みが必要である。一律に制限することは問題である。
廃止	様々なシチュエーションにより回数決めるのは問題ではないか。

○歯科の金合金等

提案・意見内容	理由
廃止	昭和59年から導入の本項目は、時代の変遷に伴い患者のニーズもかなり減少しており、金合金等の前歯部使用の歯科医師も臨床的に見ても減少していると思われる
廃止	歯科用貴金属の高騰もさることながら、12%金銀パラジウムの価格高騰もあり、数十年前のルールをそのまま現状も保険内給付として行うことに違和感を覚える。
廃止	前歯部に対する金合金又は白金加金の補綴は、現在ほとんど行われていないため。
廃止	近年、金合金・白金加金による前歯部歯冠修復の需要が少ないため。
廃止	保険適応でない理由が不明である。よい歯で栄養状態を改善し、社会的コミュニケーションもとれるようにした方が、保険財政的にも有利ではないか。特に少子高齢化への対応が叫ばれている状況で小児歯科への取組みは必須ではないか。
廃止	歯の健康は、結果的に国民の健康につながり医療費の削減にもつながるので、保険でかかり

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	やすい歯科診療がよいと考える。
--	-----------------

○金属床総義歯

提案・意見内容	理由
金属床部分義歯まで範囲の拡大	歯科治療技術の向上や患者の予防意識の向上により、歯の残存率の著しい向上がみられる。
適応の拡大	金属床による総義歯の提供は、無歯顎の患者に対するものに限られているが、高齢者等で様々な全身の状態、基礎疾患の有無を考慮して抜歯できない場合もあるため、条件付きで残根上の金属床義歯も提供できるように検討していただきたい。
金属床義歯の適用拡大	平成6年10月に導入され、すでに25年以上たち、現場での混乱も無く、今日に至っているが、患者さんへの歯科医療サービスについて、将来的に保険導入を行わないサービスと位置づけられていることから、アメニティーの部分を上向きにいく上では、金属床の局部（部分床）義歯への導入も必要となる。
廃止	保険適応でない理由が不明である。よい歯で栄養状態を改善し、社会的コミュニケーションもとれるようにした方が、保険財政的にも有利ではないか。特に少子高齢化への対応が叫ばれている状況で小児歯科への取り組みは必須ではないか。
廃止	歯の健康は、結果的に国民の健康につながり医療費の削減にもつながるので、保険でかかりやすい歯科診療がよいと考える。

○小児う蝕の指導管理

提案・意見内容	理由
廃止し、保健予防活動と保険診療にする	1. 一次予防としての学校保健での歯科検診や行政の保健センターでの健診・指導の充実。 2. 齲歯の子供への2次予防指導は保険診療で指導料として算定する。
対象年齢の引上げ	う蝕再発抑制の指導管理は16歳未満まではう蝕多発傾向者は保険で、う蝕多発傾向でない者は選定療養で行えるが、16歳以上の若年者ではエナメル質初期う蝕管理しか指導管理がない。 若年者のう蝕再発抑制の指導管理として、成人になるまで行えるように年齢を引き上げてはどうか。
廃止	子供の治療が保険外の理由がわかりません。
廃止	保険適応でない理由が不明である。よい歯で栄養状態を改善し、社会的コミュニケーション

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	ンもとれるようにした方が、保険財政的にも有利ではないか。特に少子高齢化への対応が叫ばれている状況で小児歯科への取り組みは必須ではないか。
廃止	歯の健康は、結果的に国民の健康につながり医療費の削減にもつながるので、保険でかかりやすい歯科診療がよいと考える。

○水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

提案・意見内容	理由
多焦点眼内レンズも保険給付を認めてほしい	比較的若い世代の患者が増えているため。
廃止	患者の状態が落ち着くのであれば保険として認めるべきである。
廃止	患者さんが助かる事であれば保険にしておいてほしい。

○保険適用期間終了後のプログラム医療機器

提案・意見内容	理由
拡大	睡眠や禁煙などのプログラム医療機器が承認され、診療報酬の対象となっているが、病名がつかなくともプログラム医療機器の使用に対するニーズは高い。そこで、治療に至らないまでも、プログラム医療機器を用いて生活改善を行うために、選定療養費の対象として取り扱ってはどうか。
廃止	患者の状態が落ち着くのであれば保険として認めるべきである。
廃止	患者さんが助かる事であれば保険にしておいてほしい。

○間歇スキャン式持続血糖測定器

提案・意見内容	理由
拡大	2週間のみだが、末梢神経障害や、視力の低下で、血糖測定（SMBG）が困難な人は、1か月できるようにして欲しい。
C150 血糖自己測定器加算の「7」間歇スキャン式持続血糖測定器によるものについて	グルカゴン様ペプチド-I 受容体アゴニストの自己注射をしている患者にも間歇スキャン式持続血糖測定器によるデータは診療・指導に有用であると思われます。

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

て、グルカゴン様ペプチド-Ⅰ受容体アゴニストの自己注射を承認された用法及び用量に従い1週間に1回以上行っている者に対して、血糖自己測定器に基づく指導を行うためにこれを使用した場合	保険導入することで、より多くの患者の血糖自己測定値に基づく指導が効率的に出来ると考えます。
廃止	患者の状態が落ち着くのであれば保険として認めるべきである。
廃止	患者さんが助かる事であれば保険にしてあげてほしい。

○精子の凍結及び融解

提案・意見内容	理由
廃止	少子高齢化の中で妊娠につながることは必要なのではないかと。保険でなければ国庫負担でも問題はないと考える。
廃止	少子化対策につながるのではないかと。

○長期収載品

提案・意見内容	理由
引上げ	差額の25%ではなく100%にすべき。ただし、後発医薬品の安定供給が優先。
引上げ	1/4導入後一定時期が経過し、制度への理解や社会保障費への関心が増加したと思われる。より一層の社会保障負担軽減を目的とし、負担額の拡大を求める。
廃止	処方医療上必要があるからするのであり、患者の希望によって処方されるべきではなく、患者の状態や効能等を考慮して医師の裁量によりされるものであるため、後発医薬品がある先発医薬品を使用したからといって患者の負担を増やすべきではない。
引上げ	厚労省がジェネリックが同等であると認めている以上、先発を選択することは趣向的な要因と考える。健康保険で補填する必要はないのではないかと。併せて、入荷困難ではなく、薬局にジェネリック在庫がない場合選定療養が免除となるが、後発医薬品調剤体制加算を算定している薬局は、その必要はないのではないかと。
対象拡大、引上げ	発売直後の後発品も含め、一部ではなくすべての後発品とその対応する長期収載品の差額

(注) 提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	は、1/4 ではなく全額を選定療養の対象とすべきである。
廃止	長期収載品に対する選定療養導入の狙いは、後発品使用の促進及び医療費の抑制にあるが、制度の公平性、実効性、現場への影響など、多くの課題がある。
対象拡大	鎮痛剤の外用剤(湿布、ゲルなど)や SP トローチ、イソジンガーグルなどの感冒時の外用剤などは一部自費で負担する。
引上げ	現在では、負担額の大きな増加がないため、選定療養開始後も先発品を希望される患者は多い。そのため、先発品と最も薬価が低い後発品との差額の計算とすることや、その徴収額を25%から増大させることが必要であると考ええる。
廃止	これまでのように全て保険給付とされるべきであり、患者の希望により保険給付以外の特別の料金の支払いが発生することは、医療の混乱を招くだけでなく、患者負担も増えるため、廃止するべきと考える。
廃止	選定療養は「保険導入を前提としない、患者の選定に係るサービスやモノ」を対象に、混合診療を例外的に認めた制度であるにも関わらず、従来から保険適用されている長期収載品を選定療養とし、保険外し的手段として利用されているため、廃止すべきである。
廃止	患者に余計な混乱を与えたこと、医療を受ける権利の侵害にあたる。
引上げ	現在、長期収載医薬品を選択した場合の選定療養費は先発医薬品と後発医薬品の差額の 1/4 + 消費税となっておりますが、その程度の費用では説明しても先発医薬品を希望される方が多いため、医療費抑制の為に後発医薬品をさらに推進するには長期収載医薬品の選定療養費をより高く設定した方がよいと思います。
引上げ	GE への移行を進めるならもっと高くすべき。
廃止	長期収載品が変更されたり、薬品の規格によっても算定できないものがある。事務処理に時間と労力を割くことになる。患者様に説明するのも大変。患者様も理解するうえで、混乱するため廃止すべきである。
引上げ	安価な後発医薬品への切り替えを一層促進し、国民医療費を軽減する必要があるため。
廃止	薬剤処方、医療行為の中核をなすものであり、保険適用からの除外は、実質の混合診療である。低額の薬剤では薬価の 10 割超となる患者負担が発生するケースがあり矛盾も大きく、負担増による受診控えを招き、患者の健康に影響を及ぼすものと考えられるため。
廃止	すべての患者、国民は自分の望む医療を受ける権利がある。薬剤も同様で、先発品であろうとジェネリック医薬品であろうと、それが必要であれば望むものを処方されるべき。

(注) 提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

廃止	患者にとって必要な医薬品が追加負担なく処方されることが必要であり当然と考えるため。
廃止	医療の中でも投薬という診療行為の中核をなす部分にかかるものであり、貧富の格差が医療内容の格差に直結するため。
廃止	特に高齢者、軽度認知症など、薬の知識に乏しい患者が、医師の診断なしに保険外医薬品を自己判断で選択した結果生じた副反応、相互作用などを自己責任とするのは酷である。また、市販薬の価格の高さにより服用ができず、疾病が放置され、病状が複雑化、重症化する危険性も高い。
廃止	長期収載品の選定療養を開始後、医薬品の供給問題はさらに悪化。2025 年度薬価改定を行い、選定療養対象薬の変更は現場への混乱を招く結果となっている。
廃止	長期収載品に対する選定療養制度は、患者・薬局・医療機関すべてにとって不合理な負担を強いる他、受診抑制や受療権の侵害による健康格差にもつながりかねない重大な問題をはらんでいます。よって、長期収載品に関する選定療養費制度は廃止すべきと考えます。
廃止	医薬品の流通不足が一向に解消されない中、長期収載品の選定療養費のせいで、さらに医薬品不足が加速している。廃止によって、ある程度の薬剤不足の解消が見込まれる。
廃止	医療費削減のために「投薬」という治療領域に「選定療養」の仕組みを持ち込み、保険給付の対象である薬価収載品の一部料金を患者負担（保険外）とするもので、療養の給付を受ける権利の侵害に他なりません。また、「長期収載品を使用する医療上の必要があると認められる」事例は保険給付が可能ですが、レセプト記載上、この事例は4つの「想定例」に限定されており、間接的に医師の裁量権・処方権を侵害しています。
廃止	先発品から後発品に変更したことで、病状が悪化した事例もきいています。 医師の裁量があるという制度設計ですが、個別に対応することは、煩雑で困難です。
廃止	医薬品の供給不安定に拍車がかかり、GEに変更、或いは元々GE だった方まで、先発品に移行せざるを得ない事態となりました。4月からの薬価改定で対象薬が変わり、現場も市場も更に混乱をきたしています。
廃止	貧富の格差が医療内容の格差に直結することになるため。
廃止	自己負担や自費を増やすことで受診や薬の選択を抑制させる（誘導する）ような制度は間違っているため。
引上げ	後発に切り替えできない方や仕組みを理解できない方に対して選択を求めたり、(実費徴収) 搾取することで必要な医療が受けられなくなる。

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

廃止	選定療養対象となっている長期収載品：先発品を患者が選択した場合、出荷制限や出荷停止などで後発品がスムーズに入手できない状況下では、後発品が薬局で入手できている時は患者負担額が発生し、入手できず薬局に後発品が入ってきていない場合は患者負担額が発生しないというその時々で患者負担額が変わってしまい、混乱を招いている。
廃止	長期収載品の選定療養は、薬局職員、患者さんに大変混乱をもたらした。
廃止	昨今の医薬品配給・流通が不安定な状況を一切考慮しておらず、医療現場において不要な負担及び患者に不信感を与えているため。
廃止	薬はぜいたく品ではありません。先発医薬品を希望する方は追加金をもらうことなく使用できるようにすべきです。
廃止	現在、医薬品の入手が不安定な状況が続いているため。
計算方法の見直し	外用薬同様、内服薬も自己負担額は先発と後発品の差額の一部となるようにすべきと思われる。現在の計算方式では、安価な内服薬はその薬の薬価の何倍もの金額を自己負担することになるため。
廃止	長期収載品の選定療養制度が国民皆保険の理念やその維持に有効とは思えない。後発医薬品の流通も安定していない。
流通が悪い品目の除外	流通が悪く後発品の入手困難が続く中では、患者に後発品にする意思があっても薬局での用意が困難。医薬品管理の負担が増えるばかりのため。
対象の見直し	ジェネリック医薬品があるもののみに限定するべき。
廃止	お金のあるなしで選別されることに疑問を感じます。
廃止	薬剤は医師、歯科医師が必要と判断して処方等または調剤をしており、長期収載品を使用した場合に患者負担が生じることは不合理である。 また、子ども医療費助成制度などで、窓口負担が無料の子どもにも負担が生じることになり、制度としても矛盾が生じる。
廃止	「特別な料金」の計算方法が複雑であり、患者様からの理解を得ることが困難なため、長期収載品の選定療養を廃止し、代わりに長期収載品の薬価を上げる。
廃止	今の自己負担額だと先発品希望患者の後発使用促進が進まないと感じるため。
引上げ	実費負担が少ない為、いまだに先発医薬品を希望する患者が少なくないため、現行の 1/4 実費負担を、1/2 もしくは 100%にする。
引上げ	保険給付で行う範囲において患者の希望によるものを給付する必要性はないものとする

(注) 提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	ため、薬価の差額の 1/4 を現在徴収している料金を全額徴収とする。
明確化	患者が医師に直接先発医薬品が良いと伝えて医師が「医療上の必要性」にレ点を入れるケースが見受けられる。副作用の関係で不可とするケースはあると思うが、後発医薬品に変えても問題がないと思われる内容で不可にレ点がついているケースもある。てんかん治療薬の様に学会で変更しないことを推奨するといった内容もあり、「医療上の必要性」にレ点を付けて良い医薬品等を明確化しても良いと思う。
対象拡大、引上げ	差額の 1/4 の割合だとまだまだ先発医薬品を希望する患者が多くいるため。また、貼付剤などにおいては負担金額があまり増えず、内用薬に比べて先発医薬品希望者が多いため。
事前の疑義照会ではなく、事後の情報提供でも可能とする。	先発医薬品と後発医薬品で包装単位が異なる場合に必要とされる、都度の疑義照会により、処方医及び薬剤師の業務が煩雑となっている。
対象の見直し	長期収載品の薬価と後発医薬品最高価格が僅差の医薬品については、選定療養の対象としても薬剤料が同額となり、医療保険財源の負担が軽減されるわけではないため、選定療養の対象医薬品から除外する。
引上げ	現状の特別の料金（薬価の 1/4）では患者が負担に感じる料金となっていないため、特別の料金を先発医薬品の薬価の 100%とする方が良い。
引上げ	先発品との差額の 1/4 程度ですと、先発のままでもいいと仰る患者様も多数います。説明しても混乱される方もいらっしゃるので、差額分全額負担でもいいのではないかと思います。
対象の見直し	薬価改定の度に対象品目が頻繁に変更されることで現場は混乱しているため、後発医薬品の使用促進という視点を原則とし、対象品目を固定する、後発医薬品と先発医薬品の薬価が逆転しない制度とするなど、現場、国民が混乱しないような制度とすべき。
明確化	徴収料金について患者への説明が困難な場合があることに加え、患者が選定療養費徴収のない保険医療機関を選別する等の影響を受ける可能性があるため、見直しが必要であると考え。（差額の全額徴収若しくは廃止）
引上げ	負担金の増加により、後発医薬品への移行が進むため。
対象の見直し	薬価改定のたびに対象品目が頻繁に変更されるため、患者への説明などの負担が増え、現場は混乱しています。後発医薬品の使用促進という観点では、価格差が逆転しても後発医薬品であることに変わりはなく、引き続き使用促進を推進すべきです。また、後発医薬品と先発医薬品の薬価が逆転しない制度の導入など、具体的な対策も必要ではないでしょうか。

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

対象の見直し	現行の長期収載品のみだと、前は対象だったのに今年度からは対象外、またはその逆もあり、薬局の現場ではその都度説明したり、変更したりとくだらない手間ばかり掛かるため。後発品があるものは全てという方が誰にでも分かるし、納得してもらいやすいため。
引上げ	負担割合については、今まで現場での反応などを見ていると 25%では響いていないと感じるため。最低でも 50%は負担して頂いた方が良い。
廃止	国民皆保険制度を維持するためには、医療費の適正な使用が不可欠であり、不適切な医療費の支出については是正されるべきである。しかしながら、現時点では先発・後発いずれかの医薬品においても流通の不安定さが続いており、このような状況下で「長期医薬品に対する選定療養制度」を実施することには課題が多いと考える。
対象の見直し	薬価改定のたびに選定療養の対象品目に変更されるため、薬局・医療機関ともに制度運用が煩雑となり、患者への説明や料金徴収が困難となっているため。
計算方法の見直し	薬価差額が小さいもの（検証したところ、差額が 10 円以下の場合）については、1 円以下でも必ず 10 円＋消費税、つまり 11 円になってしまい、1/4 を超えるものとなるため、見直すべきだと思います。
対象の見直し	同成分であっても、メーカーが違う場合は該当から外れるといったことはやめるべきだと思います。
対象の見直し	先発医薬品に対して選定療養を適用する際の基準が不明確である現状では、現場に混乱を招く恐れがあるほか、患者やその家族等に対する制度の説明も困難です。先発医薬品への選定療養の適用について、後発医薬品の発売を契機とした一律の基準を設けることで、制度の透明性と一貫性が高まり、後発医薬品のさらなる使用促進にも資するものと考えます。
引上げ	今後、国として後発医薬品の使用促進を一層進めていくのであれば、長期収載品の選択に対する患者負担をより明確に位置づける必要があります。負担割合を引き上げることにより、制度のメリハリと公平性が高まり、制度全体としての整合性を確保しつつ、医療費の適正化にもつながると考えます。
対象の見直し	後発医薬品が 5 社以上存在する、供給停止がある後発医薬品は対象外とするなどの条件を足すなどの制度の見直しが必要と考える。
対象の見直し	医療費削減を目的としているので、先発医薬品と後発医薬品で薬価の差が小さい医薬品は選定療養制度の対象外としていただきたい。
引上げ	社会保険料を削減し、現役世代の手取りを増やす必要があると考えるため、選定療養に係る

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	特別の料金を、4分の1から全額自己負担にしてはどうか。
計算方法の見直し	差額の1/4にして点数化するのではなく、差額を保険診療分の一部負担金に上乗せして支払っていただくなど、患者の方が理解しやすく、薬剤師が説明しやすい算出方法がいいのではないか。
対象の見直し	選定療養対象品目の見直しが定期的に必要なことは理解できるが、中間期改定時の変更ですでに対象品目であったものが、対象外となった品目があり、医療関係者も混乱した。
廃止	現場の混乱が生まれている。生産性を上げるためにはこのような制度を導入しない方がよいと考える。
廃止	現場での混乱を避けるため。

（注）提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

3. 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについての意見

提案・意見内容	理由
WEB 予約システム使用に伴うシステム使用料	患者さんにとっても利益のあるシステムであることから、システム使用料の一部については負担を頂いてもよろしいのではないかと考えます。
予約キャンセル料	他の業界では無断キャンセルに対してキャンセル料を徴収することは普通に行われており、医療業界についても同様にキャンセル料の設定、およびキャンセル料に相当する金額についての事前徴収を行っても良いのではないかと考えます
入院患者のお迎えに対する費用徴収	お迎えサービスには、人件費・車両費・ガソリン費等様々な経費が投入されているため。また、時間外の対応になることもあることから徴収すべきと考える。
通訳の手配など在留外国人に対する医療コーディネート費用	在留外国人が増加してきているとともに、言語の問題などで診療に際しより多くの人員・時間がかかるケースがあるが、このようなかかり増し経費を当該患者に請求することができず、医療機関の経営を圧迫している。 また、在留外国人がその診療内容を的確に理解し、納得した上で医療を受けられる環境を整備するためにも、医療コーディネートに要する費用を徴収することについて認めるべきである。

(注) 提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

4. その他

提案・意見内容	理由
医療機関の患者自己負担金の消費税の導入	保険診療のみの医療機関は売上消費税が無い為、仕入消費税との相殺ができない。
OTC 類似薬の選定療養に反対	医師が処方されたものを保険外併用療養費とすることは、その薬剤の薬価削除と同等であり、意味が分からない。保険診療であれば、保険制度の範囲での支払いとするべきで、国民の負担等増やすだけで混乱を招くことになる。負担を増やすならば他の方法を考えるべきです。
ライフイベント受診サブスクリプション定期券販売	国民に、母子手帳と一緒に、学童期、青年期、成人期、40 歳未満までに 3 回、計 6 回利用券を配布する。国民は、3,000 円程度/回で医療機関の相談窓口を利用でき、その後、オプションで検査を受けることで疾病予防ができる。
選定療養に対する例外を無くし、すべての患者から徴収する	いかなる理由があろうと選定療養費を徴収しないと、抜け穴を作ることになるため。
保険診療に該当する調剤に関連して、薬局が自らの判断で患者に付与するポイントは明確に原則禁止とすべき	現行の通知では、「クレジットカード決済時に付随して発生するポイント」はやむを得ないものとして容認されているが、薬局独自ポイントや共通ポイントは明確に“患者誘導”を目的としており、調剤の経済的価値に影響を与える行為であるため。
諸物価高騰による入院費の一律増額について選定療養費を用いて行う意見に対して明確に反対	①選定療養費は患者の選択の自由を維持しつつ、患者希望による場合に自己負担増が認められると理解している。 ②諸経費高騰による入院料増額を、選定療養費制度を用いて一律に患者負担とするのは、制度趣旨に合致しないと解釈する。 ③選定療養費の選択権、若しくは諾否は患者側にあると考えられるため、患者選択肢の尊重を無視した制度主張には明確に反対する。
長期収載品の薬価を後発医薬品と同等の水準にする	ジェネリックでは体質等でアレルギー反応があったりする場合もあるため。必ずしも同じ効能ではなく個人差がある。
—	①長期収載品が選定療養になったことで、本来先発薬も保険適用内で使えるべきところが、患者の負担が極端に増すことで実質的に保険から除外された状態になっている ②医療機関・薬局では慢性的な医薬品不足が生じている状況下で選定療養が開始され、医療機関の現場はもちろんのこと、患者にも混乱が生じている ③生活保護者には、先発品を選択する権利がなく、人権問題と考えられる

(注) 提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

ヘリコバクター・ピロリの除菌 同一の患者につき、2回に限る算定について	現在、除菌の2度失敗したあとは自費での診療となっていますが、2回で成功する患者が少ないと外来を担当していると思います。せめて3回までは保険対応できると良いと思います。
生活保護受給者を対象にすべき	自己負担がないことで医療上必要がない先発希望があると思われるため。
不安定な供給状況が改善されてから、長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の制度を導入すべき	患者は後発医薬品を希望したが、薬局において後発医薬品の提供が困難な場合は、長期収載品を調剤しても全額保険給付となる。しかし、次回来局時に後発医薬品の提供が可能となり、前回と同じ長期収載品を調剤すると選定療養の対象となる。 同一医薬品を調剤しているのに患者負担に差が生じる制度について、患者に理解を求めるのは難しい。
選定療養による医療費の削減には限界があり、医師による過剰な処方を制限する制度に変更するほうが良い	患者は他科受診することで同じ薬を大量に手にすることができている現状。
選定療養が開始され、医師によるジェネリック変更不可のチェックが増えてしまった。医師が変更不可を簡単に付けられる現状により医療費の無駄を感じる	ジェネリックを服用したこともない患者がジェネリックと先発の差がある理由で変更不可のチェックが入っていて納得できない。ある医師ではすべての患者に変更不可のチェックを入れてくる状況にある。
－	医師の変更不可の根拠がわかりせん。何のための選定療養かが理解しにくいです。
生活保護受給者への対応について、法律等で明確に示していただきたい	長期収載品について、生活保護受給者への対応につきましては、現場では説明が付かないことも多く、トラブルが発生しているケースもあります。適切に特別な料金を徴収できるよう、法令の見直し等をご検討いただきたい。
生活保護者の先発品調剤	先発医薬品の使用を強く希望する患者との間で、トラブルが生じることを未然に防ぐためにも、柔軟な対応が求められる。また、医療上の必要性がないと判断される場合であっても、意思疎通が困難な患者や本人の申告に基づいて先発医薬品による調剤が必要とされるケースもある。 その結果、受けられる医療に個人差が生じる可能性があるため。
後発医薬品の薬価が先発品を上回ることで、制度にゆがみが発生している。そうならないように薬価制度も含めて検討すること	後発医薬品の薬価が高くなり、長収品の薬価を上回る逆転現象が一部で発生しており、「先発品を選択したために追加費用が発生する」という制度趣旨、説明が形骸化している。
明確化	保険種別によってはいまだに明確に徴収の方法が示されていないものがある。労災や自賠

(注) 提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	責を含め、すべての患者に対して適切に徴収できるよう費用徴収の方法・可否を明文化し、通知または Q&A にて明確化する必要がある。 特に生活保護受給者に対する費用徴収可否については受給者に対しての周知を国が責任を持って行うと同時に、不適切な処方・調剤が行われないように制度を明確化する必要がある。
長期収載品の該当品目、または非該当になる品目について明確にすべき	患者さんによっては先発希望で、該当している薬のみはジェネリックにしたいという方がいます。こちらで把握することがレセコンに入力してみないとわからないので、もっと薬局側にわかるようにして欲しいです。PDF を見るのでは探せないなので Excel のデータなど検索しやすいものが欲しいです。
選定療養に係る料金について、非課税にすべき	キャッシュレス決済が増加している状況下、消費税の取扱いが煩雑なため。

(注) 提案があった意見を提案順にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。