寄せられたご提案・ご意見

(募集期間:令和7年4月 28 日～令和7年6月 30 日)

1. 選定療養として新規導入すべき事例に関する提案

(現行の 15 類型以外で新たに選定療養に導入すべき事例の提案)

提出者	具体的内容	理由
個人 年齢:40～64 歳 職業:医師	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。現制度下ではその希望を実現するための診療報酬は設定されていないので、患者は病院に寄付することで外科医の歓心を買ったり、なかには外科医に心づけを手渡すことが横行している。合法的に執刀医を指名できれば、患者にとっての福音となろう。外科医が心づけを所得申告しないことも根絶することができる。この選定療養を導入したとしても、選定療養費を支払えない患者が手術を受ける機会自体を阻害するものでもないで、国民皆保険の理念に背くこともない。
個人 年齢:20～39 歳 職業:医師	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。
個人 年齢:65～74 歳 職業:薬剤師	OTC類似医薬品がある薬価収載品目	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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:薬剤師	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。 「多くの医療機関にかかっている人」と「あまり医療機関にかからない人」との負担のバランスを鑑みる。また削減できた財源は社会保険料の引下げ財源にあて現役世代の可処分所得増大に寄与させる。ひいては少子化対策にもなる。 負担金が多い人はセフティーネットとして高額療養費制度が機能している。
個人 年齢:40～64 歳 職業:薬剤師	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。 病院の赤字経営の軽減。薬局で言えばドラッグストアは小売売上がある為、仕入消費税の相殺が出来、不公平感の是正につながる。 この件は食品の消費税 イートインとテイクアウトの違いの 2%の違いより晴かに大きい不公平是正。売上消費税を作るためにボランティア、2 次卸(実際は広域卸が代行して医薬品の流通をしている。伝票は 2 次卸伝票で納品、事実上労務提供に値する)等の抜け道を増やさない。
個人 年齢:20～39 歳 職業:薬剤師	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	単月に複数回クリニックに通う必要がある方もいれば、時間があるからとクリニックを暇つぶしのように使っている方もいると感じる。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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:歯科医師	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考え。実際、自治体によっては補助を出している所もあるので、選定療養にしてはいいがが。
個人 年齢:40～64 歳 職業:薬剤師	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	現在のコロナ治療薬は、内服約 5 万円、点滴 30 万円近くと依然高額です。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かねません。制度の持続性確保のためにも一定の歯止めを設ける必要があります。一方、現在は任意接種で自己負担が発生するコロナワクチンについては、低価格化あるいは保険適用とすべきと考えます。
個人 年齢:40～64 歳 職業:薬剤師	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、食費として償還される「食品扱い」のものに大別されます。特に入院中においては、「医薬品費が包括されるか否か」「医薬品費として請求できるか」といった点が、選定基準として重視される傾向にあります。しかし、肝不全用や成分栄養剤などの特殊な用途を除けば、経腸栄養剤は治療ではなく「食事」として取り扱うのが本来の趣旨と考えられます。通常組成の栄養剤については、食品扱いのほうがむしろ成分の自由度があります。また実際に、高齢患者に医薬品扱いの栄養剤が大量に処方され、その後不要となって破棄されるケースも散見されます。これらの背景からも、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事が期待されます。

提出者	具体的内容	理由
個人 年齢:40～64 歳 職業:歯科医師	部分床義歯におけるノンクラスプデンチャーの導入	現在、クラスプのない義歯の保険請求は認められていない。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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:医師	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	発売直後のバイオシミラー(バイオ後続品)も含め、一部ではなくすべてのバイオシミラーとその対応する先発バイオ医薬品の差額は、1/4ではなく全額を選定療養の対象とすべきである。高額医療の対象に参入すべきでもない。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。 ただし、医師が医療上必要と判断する場合については、除く対応が残ってもよいと考える。 現在、実施されている後発薬と長期収載品の選定療養費の対象の拡大ととらえることができる。
個人 年齢:40～64 歳 職業:医師	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。 医師として医学部での教育では薬剤の承認課程について学ぶ機会はなく、医師として製薬会社のMRや勉強会で、薬の使い方や説明を受けるが、効能効果が変わらない、安全性が変わらないのに、新薬になることがあり得るとは最近まで知らなかった。 上記ルールを設定しないと、分2(1日2回)の内服薬の特許が切れるときに、分1(1日1回)の薬が新薬として発売され、分1の内服薬の特許が切れるときには、週1の薬が新薬として発売される。
個人	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だ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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:歯科医師	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。
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	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、他の期間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。また、令和6年度に間歇スキャン血糖測定器の選定療養制度が認められたが、間歇スキャン血糖測定器の費用が高く、安価な価格設定が期待されるため。
個人 年齢:20～39 歳	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験紙等の費用	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を院外で探し、購入しているため。
個人	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内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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:薬剤師	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・金銭的コストを浪費し、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。
個人	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。
個人	ACP作成に係る選定療養費	ACP作成は様々な場面で行われるものであり、特に入院や外来で診断行為があった時点で行われることも多い。特にがん患者では、診断から治療の過程での心理的、環境的に劇的に変化が起こることが多くあり、ACPに接する機会も多い。このような場面で、多くの職種が関わりACPを作成することには意義がある。この作業には、患者へ

提出者	具体的内容	理由
		<p>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。</p>
個人	持参薬の調査、選択に係る選定療養費	<p>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。</p>
個人	ホスピタリティに対する選定療養費	<p>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。例えば、第三者評価である日本医療評価機構における評価において「S」評価が複数ある病院や、広報アワードで優秀賞をとった病院、総務大臣賞で評価された病院、全患者対象の患者満足度調査で、ある一定基準以上の満足度を達成した病院などを対象に、初診料や入院基本料とは別に選定療養費を算定してはどうか。</p>
個人 年齢:40~64 歳 職業:会社員(医療関係の企業)	偽関節、遷延癒合における濃縮骨髄液(BMAC)、PRP を用いた治療。	<p>本邦での濃縮骨髄液の使用は「再生医療等安全確保法」の対象であり、保険診療である手術などとの組み合わせは混合診療となるなどの問題点があるため、実践されていない。</p> <p>幹細胞を用いた治療 幹細胞を用いた治療において細胞増殖培養を行う幹細胞治療では、二期的な治療を要するという問題点も考えられるが、血液成分分離キット BioCUE、GPS III はポイントオブケアとして BioCUE は少量の骨髄液から自己濃縮骨髄穿刺液(cBMA)を、GPS III は末梢血から PRP を安全かつ迅速に調製するために使用するよう設計されている。</p> <p>海外における臨床経験 欧米や諸外国では cBMA は、骨欠損、外科的に作成された骨欠損、骨折、および移植片材料との混合の有無にかかわらず偽関節を含む骨損傷に適用されている。</p> <p>患者救済 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。</p>
個人	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	<p>2024 年 12 月 27 日、国内で初めて「リジュセア®ミニ 0.025%点眼液(アトロピン硫酸塩水和物)」が、「近視の進行抑制」の効能・効果で製造販売承認を受けました。しかし、近視進行抑制点眼剤である本剤は、厚生労働省との薬価収載に関する事前の相談において、「公的医療保険の対象外と整理する方針」として薬価収載が見送られたため、自由診療として 2025 年 4 月 21 日より販売を開始しました。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。医療機関は医師法、医療法等の法令を遵守し、適切な診療行為を行いながら「混合診療」のリスクと対応に追われながら診療を行わなければなりません。本年 1 月 6 日に日本眼科学会/日本眼科医会/日本近視学会から厚生労働省に提出された要望書にも以下の問題が生じると記載されています。① 費用負担が高額となり、経済的理由で治療を受けられない児童が発生する② 点眼治療中に眼鏡やコンタクトレンズを調整する必要があるが、現在は保険適用となっているそれらの治療が自費負担となり、自治体の医療費給付も受けられなくなる③ 混合診療に抵触することを懸念する医療機関が消極的となり、治療が普及しないこのような問題についての相談に対し、「近視治療を円滑に行えるようにする観点から、アトロピン点眼剤による近視の進行抑制を選定療養に位置付けることに</p>

提出者	具体的内容	理由
		<p>については検討の余地があると考えている。」と厚生労働省から回答をいただいております。以上のことから、世界的な社会課題となっている小児近視への治療を近視の診断や眼鏡/コンタクトレンズの調整と近視進行抑制点眼剤を用いた薬物治療が連続して行えるよう、「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」の選定療養への導入をお願いいたします。</p>
<p>個人 年齢:20~39歳 職業:薬剤師</p>	<p>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</p>	<p>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。</p> <p>鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤、ビタミン剤、整腸剤、皮膚保湿剤の薬剤は、根治療法として用いられる場合は少なく、対症療法として処方される場合が多いと考える。また、美容処方と呼ばれるユベラ・シナール・ハイチオール等のビタミン剤の処方箋、ハンドクリーム代わりにしてレセプトコメントが記載された皮膚保湿剤の処方箋や1か月のうちに複数の病院から63枚ずつ処方される貼付剤の処方箋をたびたび応需する。これらは一般用医薬品にて購入するより保険適応に手出してもらった方が安上がりだからといった患者希望により非専門医から根治治療なく、慢性的に処方されている事案もあり、医療費の適切な使用法用とは言い難い。</p> <p>国民皆保険制度維持のために、一般用医薬品にて代替できない真に必要な治療に財源を割り、一般用医薬品にて代替できる貼付剤、ビタミン剤、整腸剤、皮膚保湿剤は選定療養化することが望ましいと考える。</p> <p>なお、一律に選定療養として対応するのではなく、例えば、整形外科にて治療中であれば1か月●枚まで湿布薬処方可能、多剤にてアトピー性皮膚炎の治療中であれば皮膚保湿剤の処方可能など医療上必要である場合は従来どおり保険にて負担することが望ましいと考えている。一方で、非専門医からの処方は選定療養にて対応することが必要と考える。</p>
<p>個人</p>	<p>経営・管理ビザで患者本人及び家族が日本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。</p>	<p>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ではないかと。もちろん対象は、日本人ではなく外国人で経営・管理ビザでツアーなどを組んでいる患者が対象。簡潔な理由;国保破綻。</p>
<p>個人 年齢:40~64歳 職業:医師</p>	<p>Er:YAGレーザーを使用したSRP</p>	<p>歯周炎の治療は、ハンドスケーラーによるSRPが行われてきました。しかしその治療は時間や回数がかかり、また時として高齢者や全身疾患がある患者の場合は、菌血症で重篤な影響を及ぼす可能性があります。</p> <p>Er:YAGレーザーは、解剖学的にアプローチが難しい部位に届きやすく、殺菌作用があるために、菌血症のリスクも軽減されます。また、SPT期間中にレーザーをあてることで歯周病の安定を保てます。医科にくらべ処置内容に対する保険点数が低い為に業界全体が疲弊し歯科衛生士の慢性的な不足が全く解消されない状況です。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、新規導入するべきであると考えます。</p>
<p>個人</p>	<p>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</p>	<p>現在、多くの自治体において小児の医療費が全診療科で実質無料となっているため、保護者が「念のため」「不安だから」といった理由で小児科受診後に耳鼻咽喉科や皮膚科など他科を連続して受診するケースが増えています。</p> <p>その結果として以下の問題が発生しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同一症状に対して診療科間での診療・投薬情報が共有されないまま、重複した診察が行われる。 ・耳鼻科等では必要性の低い抗生物質が長期間処方されるケースもあり、薬剤耐性菌増加の一因ともなりうる。 ・診療所・病院の待合室で新たな感染症をもらい、かえって病状が長期化する例も見られる。 ・小児医療費が無料であることが、保護者にとって受診抑制の動機を欠如させ、医療資源の過剰利用につながっている。 <p>これらの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。</p> <p>この制度導入により、必要な受診を妨げることなく、保護者の行動に一定の判断基準を持たせ、医療資源の適正配分や薬剤の適正使用を推進することが可能になると期待されます。</p>

提出者	具体的内容	理由
個人 年齢:40～64 歳 職業:歯科医師	専門医による初診・再診	現在の保険診療では、診療経験年数や実績の評価はなく一律の料金である。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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:歯科医師	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虫歯、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
個人 年齢:40～64 歳 職業:医師	給食費を診療報酬で定められている金額に(例えば最大1食+50円まで)上乘せできる制度	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。 医療技術の優劣は情報の非対称性の観点から、そこに金銭的差異を付けることに問題がある場合が多いが、食事の美味しさは患者の主観的評価以外の何物でもなく、給食として定められた栄養成分を満たしてさえいれば、味付けや盛り付けをはじめ食事の満足度に応じて、病院側に値決めの裁量権を持たせることに問題は無いと考える。むしろ、その方がより美味しい給食提供に向けてインセンティブが生じ、日本の病院給食のレベルアップに寄与すると考える。 勿論、地域に唯一と言われる病院も多く存在する事から、上乘せの範囲は(例えば50円までなど)制限が必要と考える。
個人 年齢:40～64 歳 職業:会社員(医療関係の企業)	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	患者自身の細胞・組織である自家細胞を用いて製造される再生医療等製品においては、患者の健康状態等の影響により、承認規格を満たさない「規格外品」が一定数発生してしまうことは避けられません。こうした規格外品であっても、疾患の重篤性や患者の状態によっては治療を受けられる機会の損失の影響が多大であることから、患者や医師から使用を強く希望される実情があります。 「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部改正」(令和7年法律第37号)では、再生医療等製品の特性を考慮し、承認の内容と異なる規格外品であっても、疾病の治療に使用するために必要な再生医療等製品として厚生労働省令で定める要件を満たす場合には、授与等することが例外的に許容されました。 このような法的整備を踏まえ、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。これにより、限られた治療機会を最大限に活用する環境が整い、患者中心の医療提供が実現されるものと期待されます。
個人 年齢:40～64 歳 職業:歯科医師	【CAD/CAM 技術にて製作した総義歯】 総義歯製作過程に、デジタル技術を用いることで、治療回数の減少、製作過程の簡便化、歯科技工士の習熟度に依存しない製作精度を確保することで、良質な総義歯を製作することが可能となる。	製作過程の簡便化による通院回数の減少。在宅歯科治療における旧義歯を活用することで患者への心理的肉体的負担軽減。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。物性の改善や製作精度向上による再製作や修理調整回数の減少。デジタルデータの保管による義歯紛失時の即時再製作への対応。上記事柄より、総じて患者満足度の向上、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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:会社員(医療関係の企業)	補体阻害剤(イプタコパン塩酸塩等)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(5種混合ワクチン等)の接種	イプタコパン塩酸塩は、2025年6月現在、成人に対する発作性夜間ヘモグロビン尿症1、C3腎症2に対する補体阻害剤であり、他の補体関連疾患(IgA腎症等、小児も含む)の治療薬としても臨床開発中である。補体B因子に結合して第二経路を阻害するため、他の補体阻害剤と同様、髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌等の莢膜形成細菌による感染症は既知のリスクである。当該感染症のリスクを軽減するためにはワクチン接種が必要であり、本剤投与時には髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌 b 型に対する単味のワクチンが保険診療下にて使用可能である。

提出者	具体的内容	理由
		<p>近年、世界的に Hib ワクチンは5種混合(5混)及び6種混合(6混)ワクチンに移行する傾向がある。最近国内で承認された Hib を含む 5 混ワクチンは、いずれも定期接種を目的とした小児適応のみを有し、現時点で成人への適用拡大及び保険適用の予定は確認できていない。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。</p> <p>なお、厚生労働科学研究である「医薬品の投与により免疫が低下したあるいは低下が予測される患者における至適なワクチン接種のための調査研究」の研究報告書では、五種混合ワクチン DTaP-IPV-Hib、六種混合ワクチン DTaP-HB-IPV-Hib は、定期接種の年齢を超えた場合や成人に対し、安全に複数回接種可能と考えられたと結論付けられている。</p> <p>1. 発作性夜間ヘモグロビン尿症は、補体による血管内溶血、骨髄不全および血栓症を主徴とする後天性かつ進行性の血液疾患である。日本での推定有病者数は 430 人(100 万人あたり 3.6 人:平成 10 年度疫学調査研究班)と稀な疾患であり、指定難病に該当する。</p> <p>2. C3 腎症は、血尿、蛋白尿等の慢性糸球体腎炎の典型的な症状の他、高血圧、末梢性浮腫等を呈することもあり、約 50%の患者が診断後 10 年以内に末期腎不全に至ると報告されている。日本において C3 腎症の患者数に関する正確な疫学情報はないが、約 1,000 人の患者がいる膜性増殖性糸球体腎炎に含まれ、指定難病のひとつとされている。現在、本邦において C3 腎症に係る効能・効果で承認されている医薬品はイブタコバン/本剤のみである。</p>
個人 年齢:65～74 歳 職業:薬剤師	今回は新規案の提案ではなく、検討する案の反対です。財務省の資料の中で「OTC 類似薬の保険適用の在り方の見直し」で保険外併用療養費制度の活用し、例えば「新たな選定療養」と位置付ければ、OTC 類似薬についてのみ切り出されて自己負担となる。とあります。選定療養は、患者さんが選べるから選定療養であり、「新たな選定療養」と位置付けることは考えられないため、このようなことを検討すること自体反対である。(意味が分からない)	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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	外来でのがんリハビリテーション料の算定	がん治療に関しては継続的に行われており、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る。(患者リハビリテーション料が入院中のがん患者に限られている)
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	脳卒中後遺症後(算定期限日数越え)の運転機能評価	院内・外問わず、外来の脳卒中後遺症後の運転機能評価について一定数の需要がある状態。評価には最低でも 13 単位以上の時間を要し、さらに当該患者の大抵は要介護被保険者であり、評価すらできない状態である。評価内容としては身体機能と高次脳機能、ドライブシミュレーターであり、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。
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	外来のがんのリハビリテーション料の算定について	がんのリハビリテーションについては外来での算定はできない。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 等に耐えうる体力があるのか、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。
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	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における別途料金徴収	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だと思います。

提出者	具体的内容	理由
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	心不全予防教室の開催(入院ベッドを使用し、セルフモニタリングやモニタリングの評価結果、食事指導などをパッケージ化、アプリとの連携で初診窓口の拡大)	情勢として予防医学への注力が進んでおり、健康への NEED が高まっている。 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。
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	家屋評価時のコスト算定	外出訓練にもつながる内容だが、自宅環境での訓練で3単位までしか算定ができない(実状は多くの3単位以上の時間を要している)。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。
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	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。しかし、通常時間外での業務は人件費コスト(医師含めて)が高くなる傾向がある。疾患別リハ料のみでは不十分。
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	自動者教習所又は出張(自院周辺)での運転評価(セラピスト帯同)	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、セラピスト帯同して評価を行っている。1時間程度の時間を要す。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	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性があるケースが一定数存在するため。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	身寄りのない患者の自宅整理同行と、そうした患者の退院支援に向けた会議のコスト算定	理由は高齢かつ身寄り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。 上記患者の場合、転院元で入院費未払いがあったり、生活保護受給にあたって預金状態の確認を要したりする。こうした患者が自宅へ戻り預金通帳などを自分で検索する目的での外出希望があった場合、身体能力や疾患の知識のある担当セラピストが同行者として選出され長時間(半日以上が多い)病院を空けることがある。また介助量や疾患特有の配慮を要する場合は2名同行を要するケースもある。退院先ではない自宅への訪問のため退院前訪問指導料も外出訓練としても算定要件を満たせず、疾患別リハとしての算定も疑念を持たれる余地がある。 身寄りの無い高齢者の場合、退院支援にあたっては通常の退院支援とは異なり意思決定能力の判断についての協議、役所や事業所との協議などの機会も多くなり、関係各所との時間調整が煩雑となる。さらに協議前の院内打合せ等の事前準備も発生する。そのためリハ職以外でも社会福祉士や医師・看護師の業務負荷が通常よりも多くなり、時間外労働の発生も余儀なくされる。時間外労働が発生しなくとも、関わる職種の業務量・負荷の多さの割には施設が得られる対価は乏しく感じられる。 高齢化に伴い複雑な背景を持つ入院患者が増える中、各病院が実施する対応方法の情報共有機会も少ない。地域包括支援の推進と入院期間の短縮化が求められる現状で、これらの成立に関係医療従事者の業務負荷と心労で支えられていることが知られにくいことも新規導入にしていきたい理由の一つであるとも考える。
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	入院患者に対して、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合には1日3単位に限って疾患別リハビリを提供することができるが、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を新規導入していただきたい。	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。
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	疾患別リハビリを提供する際、リハビリに使用する靴、装具、歩行補助具にレンタル料がかかるようにしていただきたい。	上記備品における維持費、新規購入費については、予算の優先度が低く、サイズが合わなかったり、機能に不備がある物品を使い回さざるを得ない施設が少なからずあると推察する。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。
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	疾患別リハビリ提供後に、BCAA などアミノ酸飲料を選定療養費として提供できるような選択ができるようにしていただきたい。	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ことが推察される。本意見を導入することで、より効率的に患者様の能力向上に寄与することができ、入院期間の短縮につながると考えられるため。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	ADL の維持、向上等を目的とした 20 分未満の短時間リハ	病棟での実際の生活場面での短時間介入は頻繁に行われているが、疾患別リハにおいて 20 分未満のリハ実施においては非請求となっているのが現状。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。

提出者	具体的内容	理由
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	補装具外来時のセラピストの評価に対し、疾患別リハビリテーション料を算定できるようになると良い。	現在は、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。セラピストが関わる時間は 20～40 分。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	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介入	・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。 ・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。
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	入院・外来共に自動車運転評価料の請求	全国的に自動車運転評価を行っている病院は徐々に増加傾向にあるが、現時点では十分に普及しているとは言えない。特に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、評価料をご負担して頂く。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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	6歳未満患者へのリハビリテーション提供費用の徴収	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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	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。
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	退院前訪問指導(料)の制限回数を超えた場合の選定療養での請求について。 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。	入院中及び退院時に指導ができることにより、入院中のリハビリテーションにおいてより在宅生活を見据えた支援が可能となる。また退院時に患家を訪問することで詳細な療養上の指導が可能となり、地域支援へのシームレスな移行ができる。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	特定 28 品目以外のアレルギー対応	アレルギーの対応が近年煩雑化している。病院ではアレルギーと患者から申し出があった場合は対応せざるを得ない。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。厨房人員の確保も困難になりつつある中で、同費用で運用するのは限界点があるため。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	宗教上の食品禁忌対応(ハラール食や肉類禁止等)	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。厨房人員の確保も困難になりつつある中で、同費用で運用するのは限界点があるため。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	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と感じる。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	患者希望による栄養指導実施の際の対応	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。

提出者	具体的内容	理由
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	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、予防的であったり、本人希望による栄養指導のため。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	VF 食の提供	VF 食の準備の手間を考慮して。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	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して。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	アレルギー負荷試験対応食や、75gOGTT負荷試験食などの負荷試験対応食について	負荷試験対応食作成の手間を考慮して。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	加算対象外の情報提供料を全て選定療養の対象にしてみたい(特別の関係にある保健医療機関への情報提供料)	情報提供料資料作成、実施に対する対価として。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:その他医療従事者	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。
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	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を徴収する	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といったウィンウィンな関係を築けるため
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	産婦人科妊婦健診時の面談料の算定	妊婦健診時に助産師面談を初期中期後期と実施しています。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り、面談料の算定ができるのではないかと考えました。
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	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。
個人	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。
個人 年齢:40～64 歳 職業:会社員(医療関係の企業)	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	白内障に対する水晶体再建術は、混濁した水晶体を取り除き、人工の眼内レンズを挿入する。通常の単焦点眼内レンズでは乱視を矯正することができないため、乱視を有する患者は術後に眼鏡が必要となる。トーリック眼内レンズを使用することで、術後の眼鏡着用率を大幅に軽減でき、視力の質および日常生活の質の向上が期待できる。また眼鏡着用率を減らすことによる長期的なコスト削減も期待できる。正確な乱視矯正を達成するためには、術前検査での乱視評価、術中のデジタルガイダンスや、多焦点眼内レンズ同様に丁寧な患者説明等が重要である。しかし現在は単焦点眼内レンズと同じ保険適用であり、リソースのかかるトーリック眼内レンズを選択しにくい状況にある。患者の生活スタイルや見え方の好みなどにより、乱視があっても乱視矯正を希望しないケースもあることから、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。

提出者	具体的内容	理由
個人 年齢:40～64 歳 職業:会社員(医療関係の企業)	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。ライフスタイルに応じた最適な手術方法の選択肢として、フェムトセカンドレーザーを用いた水晶体再建術を選定療養への追加を要望する。
個人 年齢:20～39 歳 職業:会社員(医療関係の企業)	「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、肥満症治療薬の薬剤費のみを保険適用外(自己負担)として、それ以外の検査や運動療法等に係る費用は保険適用の対象とすることを提案致します。	国民健康・栄養調査によれば、2013～2023 年にかけて男性および中高年層を中心に肥満(BMI ≥ 25)の割合が有意に増加し、男性では 3 人に 1 人が肥満となったことが確認されています < https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_45540.html >。国民の健康増進、疾病予防、公衆衛生改善等の観点から、積極的な医学的介入が今後さらに求められると考えられます。また、近年では画期的な肥満症治療薬の開発と保険収載が進んでいます。医療保険財政の持続性を維持しつつ、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性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。なお、肥満(症)に係る自由診療後に、諸事情により当該患者のフォローアップが必要になった場合は、保険医が保険診療内で対応している現状であると伝え聞いております。保険診療資源や財源の適切な運用、ならびに患者の安全管理の観点からも、本事例を選定療養として新規導入すべきと考えます。
個人 年齢:20～39 歳 職業:会社員(医療関係の企業)	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	骨粗鬆症患者、あるいは骨量減少などの骨粗鬆症リスクを有する患者においては、ビタミン D 摂取等の食事療法を指導する場合がある。本検査は保険診療上「薬剤治療方針の選択時に 1 度」測定することが認められている。しかし、ビタミン D 非充足状態は転倒・骨折のリスク要因であることが知られており、25-ヒドロキシビタミン D 測定によりビタミン D 非充足状態を把握した適切な治療・食事指導の実施は、転倒・骨折リスクの低減につながる事が知られている。よって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。継続的なビタミン D 測定を可能にすることで、患者の治療に対するモチベーションの維持に寄与し、健康寿命の延伸、介護者の負担を軽減すると考える。また、医療費適正化の観点から選定療養の対象とすることが良いと考える。
個人	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。
個人	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。
関係団体	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「外来服薬支援料2」又は一包化に要する実費。	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。 多数の入居者の一包化となると、資材の高騰、多くの労力もかかり、コストを吸収できかねている。 調剤報酬の規定から推するに、上記費用は、本来、特別養護老人ホームにおける配薬等の介助費用に含まれるべきものと思われる。施設職員の作業を薬局で請け負っていると考え、施設が選定療養としてコストを負担するのが適切と考えられる。
関係団体	お薬手帳忘れや、マイナ保険証による服用薬確認ができない患者に対する差額を実費負担にする。	上記のような患者が、制度導入で減ってくれば、相互作用等による副作用未然防止等への安全性がより一層担保されたり、向精神薬等の複数医療機関処方で悪用されたりすることへの抑止に繋がる可能性があるため。
関係団体	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。また、マイナンバーカードをもってきた患者は、来局してもらうたびにマイナンバーカードでの受付をしてもらうのに手間がかかるため。
関係団体	63 枚超えての湿布の処方について、実費負担	現在湿布は 1 処方につき 63 枚が限度となっている。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。医療費削減のために限度以上の枚数の場合、実費負担を取り入れてはどうか。

提出者	具体的内容	理由
関係団体	制限回数を超える受診に対して選定療養費を設ける。	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、回数を超過し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。
関係団体	<p>薬剤師による「血圧管理特化型個別化プログラム」このプログラムは、高血圧予備群の方や、すでに降圧剤を服用しているが血圧コントロールが不安定な方に対し、薬剤師が専門知識と継続的な伴走で血圧の最適化を目指すものです。1. プログラムの対象者* 特定健診で高血圧リスクを指摘された方(血圧が高めだが、まだ服薬治療には至っていない方)。* 降圧剤を服用しているが、家庭血圧や診察室血圧が目標値に到達していない方。* 降圧剤を服用しているが、副作用や多剤併用による影響が懸念される方。* 血圧管理に関する正しい知識や生活習慣改善の方法を継続的に学びたい方。2. 薬剤師の役割と提供サービス薬剤師は、薬の専門家である強みを活かしつつ、生活習慣全般にわたる「血圧管理のプロ」として、以下のサービスを提供します。【詳細な初期アセスメントと個別目標設定】○徹底した問診と生活習慣ヒアリング* 現在の血圧値(診察室血圧・家庭血圧の記録状況)* 服薬状況(降圧剤の種類、服薬アドヒアランス、副作用の有無)* 食塩摂取量、飲酒量、喫煙習慣* 運動習慣、睡眠時間、ストレス状況* 高血圧以外の合併症や既往歴、家族歴○リスク評価と個別目標の可視化* 収集したデータに基づき、高血圧のリスク因子を明確化し、患者さんに分かりやすく説明します。* 日本高血圧学会のガイドラインも参考にしつつ、医師の診断や患者さんの希望を踏まえ、個別最適化された血圧目標値を設定します。* 血圧目標達成のために、具体的で実行可能な生活習慣改善目標(例:1日の食塩摂取量を〇g減らす、毎日〇分ウォーキングする、週〇回自炊する、睡眠時間を〇時間確保するなど)を患者さんと共に設定します。【継続的な血圧モニタリングとフィードバック】○個別化されたフィードバックとアドバイス* 定期的面談(オンライン・オフライン): 週に1回や隔週など、患者さんの希望に応じた頻度で面談を実施。血圧データの推移を確認し、目標達成度を評価します。* 血圧変動要因の特定と対策: 血圧データと日々の生活記録(食事内容、運動、睡眠など)を照らし合わせ、血圧が変動する要因(例:食塩摂取過多、睡眠不足、ストレスなど)を患者さんと共に特定し、具体的な対策をアドバイスします。* 服薬アドヒアランス支援: 飲み忘れがないかを確認し、飲み忘れを防ぐための具体的な方法(一包化、カレンダー管理等)を提案。副作用による服薬中止のリスクを低</p>	<p>1. 医療費の適正化と医療資源の効率的活用【重症化予防による医療費抑制】血圧のコントロールが不良な状態が続くと、脳卒中や心臓病といった合併症を発生し、高額な治療費や入院費用、介護費用が発生します。薬剤師が早期から介入し、血圧を適切に管理することで、これらの重篤な疾患の発症を抑制し、結果として国全体の医療費・社会保障費の大幅な削減が期待できます。【医療機関の負担軽減と機能分化の推進】軽症高血圧の患者さんや、生活習慣指導を中心とした血圧管理が必要な患者さんが薬局で継続的なサポートを受けられるようになれば、医療機関の医師はより専門的な診断や治療が必要な患者さんに集中できるようになります。これにより、医療機関の負担が軽減され、医療資源の効率的な配分と機能分化が進みます。【残薬・飲み忘れによる医療費の無駄を削減】降圧剤は毎日継続して服用することが重要ですが、飲み忘れや自己判断による中止、あるいは副作用への不安から服薬中断してしまうケースも少なくありません。薬剤師が継続的に服薬状況をモニタリングし、アドヒアランス向上を支援することで、残薬の発生や薬の無駄を減らし、医療費の適正化に貢献します。2. 薬剤師の専門性の発揮と薬局の地域医療への貢献【薬剤師の職能の拡大と高度化】薬剤師は薬の専門家として、薬物療法の知識はもちろん、栄養学、運動生理学、公衆衛生学といった幅広い知識を有しています。このプログラムは、薬剤師がこれら専門知識を最大限に活用し、単なる調剤や服薬指導に留まらない、より能動的で高度なヘルスケアサービスを提供できる機会となります。これは、薬剤師のやりがいやモチベーションの向上にも繋がります。【「患者のための薬局ビジョン」の具現化】厚生労働省が推進する「患者のための薬局ビジョン」では、薬局が「地域住民の健康の維持・増進を具体的に支援する」機能が求められています。このプログラムは、まさにそのビジョンを具体的に実現するサービスであり、薬局が「身近な健康相談窓口」や「地域の健康ステーション」としての役割を強化し、地域包括ケアシステムの一翼を担うことを可能にします。【身近なアクセシビリティ】薬局は全国で身近なところに存在し、医療機関よりも身近で気軽に立ち寄れる場所です。患者さんが普段利用している薬局で、顔なじみの薬剤師から継続的な血圧管理サポートを受けられることは、プログラムの継続性や効果を高める上で非常に有利です。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。</p>

提出者	具体的内容	理由
	<p>減するため、副作用の早期発見と対処法も指導します。* 個別レシピ・運動提案: 食塩制限食の具体的なレシピや、自宅で簡単にできる運動、隙間時間に行えるストレッチなど、患者さんの生活に合わせた実践的なアドバイスを提供します。* 心理的サポート: 血圧管理は長期にわたるため、患者さんのモチベーション維持が重要です。薬剤師は、患者さんの努力を認め、共感し、行動変容を促す声かけを継続的に行います。【多職種連携と受診勧奨】○医師への詳細な情報共有 患者さんの血圧コントロール状況、生活習慣改善の進捗、薬剤師が行った介入内容、懸念事項などを定期的に主治医に報告します。特に、血圧が目標値から大きく外れている場合や、新たな症状が出現した場合には、速やかに医師へ情報共有し、適切な受診を促します。○必要に応じた専門職への橋渡し より専門的な栄養指導が必要な場合は管理栄養士、運動指導が必要な場合は運動指導士など、地域の関係機関や専門家と連携し、患者さんが最適なサポートを受けられるように橋渡しを行います。</p>	
関係団体	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ので。
関係団体	2024年12月に製造販売承認を受け、2025年4月に参天製薬株式会社より発売となった「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	<p>日本では裸眼視力 1.0 未満の小中学生の割合が年々増加し、令和 4 年度の文部科学省の調査では小学生 37.9%、中学生 61.2%と過去最多を更新しました 1)。屋外活動の減少やデジタル機器の普及が背景にあり、小児期の視力低下による学力や生活への影響が懸念されます 2)。</p> <p>近視は進行性で不可逆な疾患で、進行に伴い緑内障や網膜剥離、黄斑症などのリスクが増加します 3)。2050 年には世界人口の 49.8%が近視になると予想され 4)、その対策は国際的な課題です。</p> <p>近視は主に成長期の眼軸長延長によって生じます。近視進行抑制には屋外活動の改善や医療機器の活用が行われていますが、低濃度アトロピンの点眼が効果的であることが、長期臨床研究で確認されています。</p> <p>昨年 12 月 27 日、参天製薬株式会社の「アトロピン硫酸塩水和物(リジュセアミニ 0.025%点眼液)」が、「近視の進行抑制」の適応で製造販売承認を受けました。この承認により、近視進行対策が大いに進むことが期待されます。しかしながら、本剤による近視進行抑制治療は「公的医療保険の対象外と整理する方針」として、薬価収載されないため、自由診療で行われており、以下のような問題が生じます。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①費用負担が高額となり、経済的理由で治療を受けられない児童が発生する ②点眼治療中に眼鏡やコンタクトレンズを調整する必要があるが、現在は保険適用となっているそれらの治療が自費負担となり、自治体の医療費給付も受けられなくなる ③混合診療に抵触することを懸念する医療機関が消極的となり、治療が普及しない <p>以上の問題を軽減するため、以下の「近視の診断/経過観察に必要な診療報酬項目」に示す項目を、リジュセアミニ点眼液の処方時でも保険請求・償還が可能としていただくよう要望いたします。これらの診療報酬項目は、学校検診で視力低下の指摘を受けて眼科を受診した際や眼鏡やコンタクトレンズの調整を行う際に保険診療で行われている検査に該当します。リジュセアミニ点眼液の処方、これらの検査と連続して行われることが想定されます。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。</p> <p>(近視の診断/経過観察に必要な診療報酬項目)</p>

提出者	具体的内容	理由
		<ul style="list-style-type: none"> ・A000/001 初診料/再診料 291 / 75 点 ・D255 精密眼底検査(片側) 56 点×2 ・D261 屈折検査 1 6 歳未満の場合 69 点 2 1 以外の場合 69 点 ・D263 矯正視力検査 1 眼鏡処方を行う場合 69 点 2 1 以外の場合 69 点 ・D265 角膜曲率半径計測 84 点 ・D273 細隙灯顕微鏡検査(前眼部) 48 点 ・F100 3 処方料 42 点 <p>出典</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 文部科学省: 令和 4 年度学校保健統計(学校保健統計調査の結果) 2) Sankaridurg P. et al.: Invest. Ophthalmol. Vis. Sci., 62, 2(2021) 3) Haarman AEG. et al.: Invest. Ophthalmol. Vis. Sci., 61, 49(2020) 4) Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, Jong M, Naidoo KS, Sankaridurg P, et al. Ophthalmology 2016;123(5):1036-42
関係団体	ラバーダム防湿を併用した治療の提供 (コンポジットレジン修復、根管治療、小児の治療)	ラバーダム防湿を併用した治療は、治療中の安全性が強く担保され、処置の予後も良好であるというエビデンスが認められる。しかし、ラバーダム防湿は 2006 年の診療報酬改定より削除されたため、保健診療の際にラバーダム防湿を併用しない治療がスタンダードになっている。 ラバーダム防湿を用いた一連の診療を、全て自由診療とするクリニックも見受けられ、患者に過度な負担が生じている一方で、保険診療でラバーダム防湿を行う歯科医院では、自弁が生じ財政を逼迫させている。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。
学会	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。 そこで、先駆的に茨木県や三重県松阪市において自治体単位で実施した結果を見ると、救急搬送数の低下や救急相談の増加などの効果がみとめられていた。
学会	フレイル予防に関する医療相談および教育指導	予防医療の観点から、フレイル対策の重要性は国民に周知されている。しかしながら、それに対する医療者の介入については制度的に整備されていない。 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。
関係団体	親の付き添い費用	入院中の子どもに対する付き添いについては令和5年度に子ども家庭庁より「入院中の子どもに対する付き添いに関する取り組み事例等について」が示され、各施設で入院中の子どもに対する付き添いの環境整備に取り組んでいるところである。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、付き添い費用を選定し付き添い環境の改善を図っていく。
学会	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選定療養を導入し、当該品目のみ保険外とする。	現在、実際の納入価が薬価よりも高額となる「逆ざや」品目が複数存在している。 中でも、漢方煎じ処方の調剤に用いる「刻み生薬」には、薬価の 5 倍を超える納品価格のものが複数存在し、その差額は調剤した薬局が負担しているのが現状である。 このような顕著な逆ざやは「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、処方医が処方を控える事も、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為。
関係団体	OTCで販売されている薬剤	受診の時間がある人が割安で入手でき、時間がなく薬局で購入するものが支払いが多いのは不平等であると考えられるため。 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。

提出者	具体的内容	理由
関係団体	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(出血量減少、術後在院日数短縮、術後早期合併症発生率軽減など)が示唆されているものの、長期的な有効性(生存率改善、QOL 改善)までは証明されていないもの	今回の提案が選定療養として適切であるとする理由は以下のとおりである。① 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われ、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。がんに対する乳房切除術や結腸切除術の様な標準的な手術療養が、将来均てん化されて提供されるためにも、低侵襲手術・ロボット支援下内視鏡手術の普及は重要であるが、病院がそれをためらう現状が改善されることが望まれる。早期回復や痛みの減少などの患者 QOL が向上されることが期待されるロボット支援下内視鏡手術が選定療養として認められれば、病院が一つの選択肢として提供する機会が向上され、結果として患者の治療選択肢も拡大する。また選定療養として広く普及することで、高度な技術を要する低侵襲手術が更に発展し、病院の集約化等将来的な診療提供体制の変化も期待できる。② 選定療養として患者負担を求め場合でも、安全性・有効性が同等とみなされる既存技術(内視鏡手術)も保険療養として患者の選択肢として与えられる場合に限れば、公的医療保険のコンセプトである「必要かつ適切な医療の提供」には反していない。また将来にわたって国民皆保険を守っていくため、医療保険財政の改善も期待できる。③ 後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の選定療養が令和6年から導入されたが、これも安全性・有効性が同等である後発品と先発医薬品について、患者の選択に伴う自己負担を求め制度であり、本提案も同様な位置づけである。
関係団体	ポイント付与薬局利用時に選定療養の対象に。	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。また、保険調剤の際にdポイント等の共通ポイントを付与する薬局が目立つ。これらのポイントについて整理し、同様の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。
関係団体	敷地内薬局利用を選定療養費対象にする。	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。患者への費用の徴収については、患者行動を適切な形に促すため、一定程度の金額を設定すべき。
関係団体	患者家族からの依頼により、勤務時間外に患者の病状や手術などの説明を行う際に、選定療養費を請求できるようにすること。	本院では予定入院の場合、患者や家族に対して、患者の病状説明や手術などの説明を勤務時間内に行うこととしており、それについても周知をしている。 しかし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。
関係団体	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。
関係団体	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対応	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する(時間外診療ではなく、説明のみの場合)。
関係団体	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。患者の事前同意を前提に、一定の範囲で医療機関が費用を請求できるよう検討していただきたい。 通訳や翻訳文書の対応には専門人材や時間が必要であり、医療安全の確保にも直結する。一方で現行制度では、その負担が医療機関に偏っており、十分な体制整備が困難である。制度として明確に位置づけることで、質の高い言語対応が持続可能となり、訪日外国人患者の安心にもつながる。
関係団体	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。

提出者	具体的内容	理由
学会	該当類型に当てはまらないが、DPC 入院中のマルチ遺伝子検査(オンコメイン等)を選定療養として出来高算定の対象とする見直しを希望	現行の DPC 制度では、マルチ遺伝子検査(例:オンコメイン)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。
学会	患者の希望に応じた検査・治療 ・画像検査(CT・PET・MRI など) ・標準治療終了後の治療(いわゆるセカンドライン以降の治療など)	<p>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。</p> <p>具体的には、医師と患者が検査・治療のメリットとリスクを十分に説明・共有した上で、患者が希望すれば自己負担により受けられる枠組みを整備することで、以下のような効果が期待される。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者が医療の意思決定に積極的に関与でき、満足度や納得感が高まる ・医師は保険適用に縛られずに適切な選択肢を提示できる ・保険財政の観点からも、過剰な医療の抑制につながる可能性がある <p>加えて、「標準治療」の定義については、アカデミア主導の科学的根拠に基づく議論に加え、患者・医療者・政策担当者・産業界などによるマルチステークホルダー型の合意形成が不可欠である。とくに、実際に治療を受ける患者の意見や価値観を定義過程にきちんと反映させることは、制度の正当性と受容性を高める上で極めて重要である。また、エビデンスに限られる希少疾患や、標準治療が流動的な領域では、画一的な保険運用では柔軟な対応が困難であるため、個別の患者ニーズに応じた検査・治療を「選定療養」として位置づける余地が必要と考える。</p> <p>このような仕組みにより、過剰医療の抑制のみならず、過少医療の防止にも寄与し、真に患者中心の医療提供体制の確立が期待される。</p>
関係団体	入院中の方が、入院先以外のクリニックから処方を出してもらう場合、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るべきではないか。	医療費負担の公平性の観点から。
関係団体	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を実施する。 当該アセスメント結果に応じて、指定の講習を受けた者が、支援を実施する。 支援として、患者が 18 歳未満の場合は専門的教育を実施し、患者の年齢にかかわらず学習や生活におけるノウハウ・ツール・社会資源などのアドバイスをを行う。 当該支援が有効に機能しているか、定期的にあセスメントし、必要な部分は改善を繰り返しながら支援を継続する。	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。 学習障害は重症度やタイプ・進達度により指導内容や指導に要する時間・労力が異なるので、一律の診療報酬では評価が難しい。
関係団体	他医療機関受診における患者への付き添い及び交通費	精神科入院患者の身体合併症においては、転医や対診が困難であるため、専門的な診療が必要な場合は、他科受診せざるを得ない状況であるにも関わらず、平成 28 年度診療報酬で改善されたとは言え、今なお減算となる。また、患者の症状によっては看護職員を含め複数の職員の付き添いが必要な状況が多々あるにも関わらず、他科受診に係る費用は交通費を含め医療機関の持ち出しとなる。療養担当規則第 16 条には「疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医又は対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない」とあり、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。
関係団体	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 (1 時間程度の診療枠を予約制で提供し、外来で診療をおこなった場合)	児童思春期の精神疾患に対応できる精神保健指定医は限られており、特に土日祝日には対応可能な医療機関が著しく少ない。保護者の就労状況や学業への配慮から、平日昼間の通院が困難なケースも多く、結果的に受診控えや重症化を招いているのが現状である。本提案では、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。

提出者	具体的内容	理由
		<p>これは、通常の休日加算の枠を超えて、患者の利便性や医師側の診療体制維持の観点から制度的に合理性があり、すでに選定療養として認められている『予約診療』『時間外診療』に準じた運用が可能である また、精神保健指定医という限られた人的資源の有効活用および、受診機会の地域格差是正にも寄与すると考える。</p>
学会	<p>補体活性化を制御する薬剤(イブタコパンやペグセタコパン)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</p>	<p>発作性夜間ヘモグロビン尿症(PNH)やC3腎症患者には近位補体の活性化を制御する薬剤が治療薬として保険適応となっています。これらの薬剤の投与により、髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を含む莢膜形成細菌に対する易感染性が増すことは、先天性補体欠損症の解析から予想されています。実際、近位補体を制御する薬剤を投与された患者では、ワクチン接種を行わない場合、重篤な感染症をきたす可能性があります。そのため、近位補体を制御する薬剤(イブタコパンやペグセタコパン)の投与時には、髄膜炎菌、肺炎球菌のワクチンに加え、ヘモフィルスインフルエンザ b 型(Hib)に対するワクチンの接種が義務付けられています。ところが、従来用いられてきた Hib ワクチンの単剤は、現在では Hib を含む 5 種混合ワクチンが小児への定期接種に採用されたことを受け、世界的に製造販売を中止する予定と聞いています。日本で承認されている Hib 含有ワクチンはこの5種混合ワクチンのみで、小児に対してのみ適応が認められており、成人には承認されていません。したがって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。 以上、学会理事会での議論を踏まえて、提案させていただきます。</p>
関係団体	<p>保険医療におけるキャッシュレス決済にかかる手数料を、選定療養として患者から徴収する制度。手数料の算定方式については、通常の料率制ではなく、国税納付制度のような段階的定額方式(例:決済金額 5,000 円未満:200 円、5,000~1万円未満:350 円等)する規定を設ける。</p>	<p>国はキャッシュレス決済の推進を重要政策として掲げており、感染症対策、業務効率化、現金管理の省力化の観点からも、医療機関・薬局における導入が不可欠となっている。しかし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。特に昨今増加している高額薬剤を含む処方では、一部負担金にかかる料率から発生する手数料が技術料を上回る場合もあり、医療側の収支に悪影響を及ぼしている。一方、キャッシュレス決済では一般的に、カード会社等が患者に対してポイントやキャッシュバックを提供しており、実質的に経済的インセンティブとして患者誘導が発生していると解釈されかねない。このような構造は、療養担当規則で禁じられている「経済的利益による患者誘導」に該当する可能性があり、制度上明確な対応が求められる。キャッシュレス決済に伴うポイント付与についても、「患者の選択に基づき自己負担がその原資となっている」状態であれば、制度上問題がないと整理できる。</p>
関係団体	<p>【背景】一部の薬局では、処方箋調剤に関連する薬剤の宅配・郵送を無料で実施しており、特にオンライン服薬指導の普及に伴い、薬剤の配送が常態化・前提化している状況がある。 通常、調剤報酬には配送費用が含まれておらず、患者負担を求める薬局と、薬局が無償で提供する場合が存在している。 また近年では、医薬品供給不足等により一部の薬剤を後日配送せざるを得ないケースが常態化しており、患者希望に基づく配送と、それ以外による配送の区別が制度上曖昧である。 配送の無償提供が継続すれば、配送コストの負担能力のある一部の薬局、配送業者と交渉能力のある大手チェーン・通販業者だけが競争上有利となり、制度の公平性や持続性が損なわれる懸念があるとともに、経済的メリットを提供した患者の誘引にあたり適切な保険医療の提供体制とは乖離した状態となる。</p>	<p>調剤報酬は薬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。 特に、「配送無料」を前面に打ち出す薬局による患者囲い込みが行われており、薬局間の競争を不当に歪め、地域医療体制の信頼性を損なっている。 無償配送を許容することは、「療養担当規則に基づく適正な療養担当の義務を逸脱している」と解されるべきであり、制度上明確に禁止する必要がある。 一方で、やむを得ない配送(供給不安による分割交付等)は制度的に例外として明記し、現場が安心して適切に対応できるよう整理する必要がある。 また、オンライン服薬指導の普及により、配送は事実上調剤の一部と化しており、制度上の明確な位置づけと費用徴収の根拠が不可欠である。</p>

提出者	具体的内容	理由
	<p>【導入すべき事例】 保険調剤における薬剤の配送について、以下のとおり制度上の区分と取扱いを明確化すべきである。</p> <p>患者の希望により実施される配送(宅配・郵送)については、選定療養に位置づけ、薬局が一定額を徴収できることを制度上明文化する。</p> <p>これに伴い、配送を無償で提供する行為は「療養担当規則に違反するもの」とみなし、原則禁止とする規定を整備する。無償配送は患者誘導につながり、保険医療の公平性を損なうため、制度の趣旨に反する。</p> <p>・一方、医薬品供給不足や流通遅延等、患者の求めによるものではなくやむを得ず後日配送が必要となるケースについては、患者負担を求めない「例外的な取扱い」として明文化し、選定療養の対象外とする。</p> <p>オンライン服薬指導における配送も、原則として患者希望による選定療養として費用徴収を可能とすることで、制度上の整合性と現実的な運用を確保する。</p>	
関係団体	<p>薬剤師による訪問業務のうち、以下のようなケースについては、患者からの希望によるものとして、選定療養に位置づけ、一定の患者自己負担による実施を可能とする制度設計とすべきである。</p> <p>医師による訪問指示がなく、現行の在宅訪問薬剤管理指導の報酬算定要件を満たさないが、患者または家族の要望により薬剤師が訪問して薬剤の届けや説明を行っているケース</p> <p>医師や看護師が訪問診療・訪問看護の診療報酬を算定しているにもかかわらず、薬剤師には訪問指示が出されず、薬剤師のみ報酬算定ができないケース</p> <p>独居高齢者や軽度の障害、認知症を有している患者が、薬局への来局が困難な場合に、自ら希望して薬剤師の訪問を依頼するケース</p> <p>さらに、一時的な状況(例:骨折による一時的な歩行困難、同居家族の急病、家族の介護負担による外出困難)により一時的に通院・来局が困難となった患者に対する単発の訪問も、制度的に選定療養として整理すべきである。</p> <p>上記のように、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を、患者の希望に基づく選定療養と位置づけ、一定の料金徴収(自己負担)を可とする選定療養枠を新設する。</p>	<p>現在、薬剤師の訪問による服薬指導や薬剤交付には、在宅患者訪問薬剤管理指導の報酬算定要件(医師の指示、居宅療養管理指導との連携、契約書の締結等)が必要である。しかし、以下のような実態により、制度上の未整備が現場に過大な負担や不公平を生んでいる。</p> <p>医師・看護師は訪問診療・訪問看護を実施・算定しているにもかかわらず、薬剤師には指示が出されておらず、同一患者に対し薬剤師のみが無償対応となる状況が多発している。</p> <p>患者または家族から「薬局に行けないから持ってきてほしい」といった要望に対し、患者本位の医療提供の観点から薬剤師が訪問対応を行っているが、報酬算定ができず、制度上の自己負担徴収もできない状態が続いている。</p> <p>本来は在宅契約等を整えるべきケースでも、短期間であることや医師の理解不足等を理由に整備が進まず、制度外で薬剤師の訪問労務が発生する状況が常態化している。</p> <p>また、現行制度において交通費の実費徴収は一定範囲で認められているが、訪問にかかる人件費・業務対価としての費用を交通費名目で徴収することには限界があり、現場の説明責任や法的整合性に課題がある。そのため、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。</p> <p>このような状況は、薬局の人員的・経済的な圧迫となるだけでなく、他職種との連携の不均衡を招いており、制度としても公平性を欠いている。</p> <p>患者の希望に基づく訪問を選定療養として明確化することで、現場の努力を可視化し、正当な対価の徴収を可能としつつ、適切な薬学的介入と服薬支援を維持することができる。</p>

提出者	具体的内容	理由
関係団体	医療機関の敷地内に立地する薬局における調剤に対して、患者から「敷地内薬局利用料」を徴収できる制度	敷地内薬局は、厚生労働省が示した「患者のための薬局ビジョン」における「立地から地域へ」という基本理念に反する存在であり、地域包括ケアシステムを担う「かかりつけ薬局」の普及と真っ向から対立する。 現在、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。 特に、病院と経済的・人的に強く結びついた薬局が敷地内に設置され、外来患者が自動的に誘導される構造が依然として残っており、地域医薬品提供体制における地域の薬局の役割を著しく圧迫している。 こうした構造的問題に対し、「調剤報酬の減額」ではなく、患者の自己負担として明確に上乗せできる「選定療養」としての費用徴収により、制度的な是正を図るべきである。 敷地内薬局における調剤に対しては、選定療養として明示的に「利用料」を徴収する義務を課し、患者があえて地域の薬局を選ぶ経済的、倫理的な動機付けを制度的に支援する必要がある。 地域医療構想と医薬分業の本来の趣旨を損なわないためにも、敷地内薬局の調剤行為を選定療養として制度的に切り分け、患者負担による是正を図ることが不可欠である。
関係団体	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(薬局独自ポイント・共通ポイント)については、明確に原則禁止とすべきである。 一方で、クレジットカードや電子マネー等、汎用性の高い支払手段によるポイント付与については、患者の利便性向上の副次的結果としてやむを得ない範囲で認めるものとし、制度上もその区別を明文化すべきである。 また、薬局がポイント付与をどうしても希望する場合には、対象行為を選定療養と位置づけ、患者からの費用徴収(自己負担)を伴うオプションサービスとしてのみ容認する制度設計とする。 つまり、本来保険で等しく提供されるべきサービスと、追加的インセンティブ提供を明確に制度上区別し、後者は選定療養として扱うことが必要である。	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。 特に、共通ポイントの運営では、患者の薬局利用データが外部提供されている可能性があり、プライバシー・医療情報管理の観点からも問題がある。 さらに、現行制度上はポイントによる「支払い」は認められていないにもかかわらず、実際にはチャージ機能等を通じて実質的な値引きに近い行為が発生している。 一定の追加的サービスを提供したい場合には、患者からの同意と費用徴収を前提とする選定療養の枠組みで対応するのが適切であり、制度の公平性と保険医療の中立性を保つ上で必要である。
関係団体	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も選定療養の対象に導入すべきと考える。	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、メチコパ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。
関係団体	湿布薬、軟膏(消炎鎮痛)、含嗽薬も対象にすべきと考える。	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。
関係団体	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にでも、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。
関係団体	患者さんが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(例えば病床数4に対して専門医1名配置)した場合に選定療養費を徴収することとする。	○専門医は、特定の疾患や治療法に関する高度な知識と技術を持ち、育成に時間とコストがかかるが、現行制度では専門医の配置によって病院が直接的な経済的評価を受ける仕組みが十分とは言えず、医師個人や医療機関にとってインセンティブが乏しい状況。 ○また、現在、多くの患者さんが、その症状の軽重にかかわらず、大学病院等の高度な医療を提供する専門医療機関を受診する傾向にあり、専門医療機関の外来が混雑する一因となっているが、専門医受診に選定療養を導入することで、まず地域のかかりつけ医を受診し、そこで専門医の診察が必要と判断された場合に紹介状を持って専門医療機関を受診するという、医療機能分化の本来あるべき姿への誘導を強化できる。 ○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。

提出者	具体的内容	理由
		○なお、選定療養として得られた財源の一部を、専門医の育成や最新医療機器の導入、研究開発などに充てることで、将来にわたる日本の医療水準の向上にも貢献できる。
関係団体	患者の都合からの医師の指名料について	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。
関係団体	がんゲノム検査の選定療養費導入	標準適応外のケースで、患者が希望して自費で受けたい場合に、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。
学会	メタル(金属)レスブラケット	<p>歯科矯正は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において行う別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常、3歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常(埋伏歯開窓術を必要とするものに限る。)又は別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において行う顎変形症(顎離断等の手術を必要とするものに限る。)の手術の前後における療養に限り保険診療が認められています。</p> <p>一方、矯正歯科の保険診療で用いられる特定保険医療材料は<告示>材料価格基準(歯科矯正)において定められており、004 ダイレクトボンド用ブラケットの材料価格は 299 円/1 個と記載されています。<特定保険医療材料の定義;(004 ダイレクトボンド用ブラケット)薬事法上承認又は認証上、類別が「機械器具(58)整形用機械器具」であって、一般名称が「歯科矯正用アタッチメント」又は「歯科矯正用材料キット」であること。>しかし、299 円/1 個はメタル(金属)ブラケットの平均価格と推察され、日常的に用いられるメタル(金属)レスブラケットとは材料価格基準がかけ離れています。具体例を示すと、酸化アルミニウムブラケット(約 4,000 円/1 個)、酸化ジルコニウム(約 1,300 円/1 個)、ポリウレタンブラケット(約 500 円/1 個)などが挙げられます。つまり、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。</p> <p>以上より、004 ダイレクトボンド用ブラケットを選定療養としての新規導入に提案します。なお、メタル(金属)レスブラケットは金属アレルギーの患者に有用であることも申し添えます。</p>
学会	特別の通院環境(駐車料金)	医療法人の業務範囲において通院患者を対象とした駐車場等は付随業務として位置づけされている。しかしながら窓口での料金徴収に関して法的位置づけがなされていないことから「時間貸し駐車場」として運用が散見される。使用者を限定しない小規模駐車場では混雑時の対応に限界があり、自家用車での通院が必要とされる足腰が弱い通院者のニーズを満たすことができない。また都市部における地価高騰により診療所は無償の駐車場を維持することは困難であり、その他交通機関による通院が困難な患者の車輛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、保険給付を行う必要がある。
学会	電子決済手数料(クレジットカード決済手数料、電子マネー決済手数料等)	電子決済は従来の硬貨、紙幣に代わる決済手段として定着しつつある。医療機関の窓口でも、電子決済を希望する患者は増加している。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。電子決済の選定療養導入は、国民医療費の直接的な増加につながらずに電子決済を推進する効果的な手段であると考えられる。
学会	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	<p>給付外インプラント義歯については、当初の急速な高齢化を想定することが困難な状況で、給付外での取扱いが、一般の歯科診療所では、広く行われてきたのが実状となっているが、高齢になり要介護となった施設入所者の場合、他院でのインプラント義歯の除去は保険での対応がされているが、それ以外の場合、例えばインプラント周囲炎等で一部除去を行う場合、必ずしも十分なケアが行き届かないのが実状となっている。また、要介護で同一の自費診療での金銭的対応が難しいケースが多いと思料される。</p> <p>このため、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。</p>
学会	口腔内装置として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、また身体の向上での受傷程度の重症化が予測されている。よ

提出者	具体的内容	理由
		<p>って、成長期以降も外傷歯の保安全管理は必要で、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。そもそも小児期や運動・スポーツ時の口腔外傷リスクは高いため、歯学教育モデル・コア・カリキュラムのなかに令和6年度からスポーツ歯学(マウスガード)の学修項目が追加されたところであり、歯科医行為として作製・維持管理され、適切かつ安全性、有効性の高い運動・スポーツ用のマウスガードは選定療養として広く普及し、患者負担の軽減を考慮すべきと考える。</p>
学会	歯科における保険診療と自費診療の同日算定	<p>歯科(特に複数の歯科診療科を有する大学病院等)では、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るが、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。</p>
学会	歯科診療でのインプラント義歯のメンテナンスを選定療養へ導入する。	<p>近年、外来や訪問において患者の口腔内にインプラントが埋入されているケースが多く存在する。本来インプラント義歯は、自由診療によって行われ、その後のメンテナンスも、施術したインプラント担当医院によって自費にて行われることが基本となる。一方で、寿命の延びと共に、不健康期間が男性で約9年、女性で約12年存在する状態となっており、この期間は、身体的、精神的理由によりインプラント担当医院に通院して継続したメンテナンスを受けることが困難になるケースの増加が予想される。実際に、大学附属のクリニックに2022年7月から2024年11月30日まで初診にて外来受診した65歳以上の者250名(男性137名、女性113名、平均年齢80.4±7.2歳)のうち、インプラント受療者は30名(12%)で、1人あたり平均3.0本(最大9本)のインプラントが埋入されていた。さらに、12名(40%)にインプラント周囲骨の吸収や上部構造の脱離などのトラブルが認められた。インプラント施術医に継続して通院しているものは1名のみであった。</p> <p>これらの結果より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。</p>
学会	嚥下造影検査(E003 造影剤注入手技 7 嚥下造影)と、嚥下内視鏡検査(D298-2 内視鏡下嚥下機能検査)を実施した際の、検査食の費用について、選定療養としての費用徴収を認める。	<p>D298-2 内視鏡下嚥下機能検査の通知においては「着色水を嚥下させ」と記載がある。しかし実際の嚥下機能検査の現場では、水分の摂取状況だけでなく、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の基準に基づき、経口摂取可能な食形態の確認を段階的に確認し、安全に経口摂取に移行できるよう、かつ、患者のQOL向上に資するよう、様々な検査食を使用し、検査を行っている。</p> <p>この嚥下機能を確認するために使用する着色水以外の検査食の費用について、選定療養としての徴収を認めて頂きたい。</p> <p>選定療養費に関する平成18年10月6日医政局総務課通知に基づくと、今回の提案は、着色水以外の食形態の安全な摂取が可能かを判断する追加的な「医療サービス」であり、患者が食べたいと思う食品を選択するという「選択の機会」を保障するものである。また着色水を嚥下させるという「標準的な医療との区別」が明確化されている。</p> <p>一方、中医協で示されている選定療養として対応しないものの分類には、下記の理由から該当しない。1)医療技術評価分科会に同様の提案などはない 2)保険に既収載は×:検査食は「食品」であり日常生活において提供されるものであり、そもそも保険適用の対象ではない 3)保険と組み合わせる必要性がないものは×:嚥下内視鏡検査という保険において行われる検査の際に組み合わせる必要がある 4)医療と直接関係ないサービスは×:嚥下調整食の形態は、嚥下機能と密接にかかわりあっており、直接関係ないサービスではない。</p> <p>以上より、本提案は、上記の選択基準に該当し、除外基準に該当しないと考えられ、また医療の質の向上に資することが非常に大きいと、選定療養として導入すべきことが適当と考えます。ご検討のほど、お願い申し上げます。</p>
学会	複数箇所の神経ブロック	<p>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。したがって、「保険診療と保険外診療の併用が例外的に認められる」ケースとして、同一受診内での複数箇所への神経ブロックの施行を認めていただきたい(具体的には、腰痛に対して硬膜外ブロック、頸部痛に</p>

提出者	具体的内容	理由
		対して浅頭神経叢ブロックなど)。医療の質を保ちつつ、高齢患者の医療機関への受診回数の抑制と、高齢患者の医療費の抑制につながり得る。
学会	救急外来軽症患者に対する優先診療オプション(選定療養)	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。 このサービスは、トリアージにより緊急度が低いと判断された患者を対象とし、診療体制に余裕がある場合に限り提供されるものであり、重症患者の診療を妨げることはない。徴収金額は2,000～3,000円を目安に、医療機関の裁量により上限5,000円程度まで設定可能とする。なお、提供にあたっては必ず事前に「診療優先の保証はなく、時間短縮の程度も状況による」ことを説明し、同意書等により明確化することで、患者側の納得性と苦情防止を図る。
学会	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。
関係団体	手術、IVRの指名料について	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。
関係団体	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。それらのニーズに応えるため、IC・看護相談を診療時間以外に行う場合に、別途費用を求められるよう、新たな選定療養を希望する。
関係団体	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。
関係団体	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を新規導入する。	受診患者は年々高齢化が進んでおり、生活習慣病のみならず加齢に伴う体力の低下(フレイル)も大きな課題である。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り組みが進まない実情となっている。このため、医師の指導・推奨のもと、患者選択による選定療養として位置付けることを強く要望するものである。
関係団体	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」を設定する。	大学病院では、診療予約の変更の際に、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。

2. 現行の選定療養の見直しに関する意見

【類型】

①特別の療養環境/②歯科の金合金等/③金属床総義歯/④予約診療/⑤時間外診療/⑥大病院初診/⑦大病院再診/⑧小児う蝕の指導管理/⑨180日超え入院/⑩制限回数を超える医療行為/⑪水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ/⑫保険適用期間終了後のプログラム医療機器/⑬間歇スキャン式持続血糖測定器/⑭精子の凍結及び融解/⑮長期収載品

類型	提出者	具体的内容	理由
①	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	特別の療養環境に係る選定療養費として「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」の点数の引上げをすべきと考えます。	日本の保険診療は、国民皆保険のもとで良質な医療を経済力の多寡に関わらず平等に受けられることを旨としています。そうしたなかで差額ベッド料の徴収は、病状でなく、経済力の多寡によって受けられる入院医療(療養環境)に格差をもたらすことにつながり、国民皆保険のもとで運営されている保険診療の中心的な価値に反します。 一方で、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ことも事実です。 そのため、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。
①	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	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です。差額ベッド代の廃止を求めます。また、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のでこちらも廃止を求めます。	
①	個人 年齢:40~64歳 職業:医師		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
①	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	特別の療養環境に係る選定療養費(入院医療に係る特別の療養環境の提供に関する料金/いわゆる差額ベッド)の徴収を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と考えます。	特別の療養環境に係る選定療養費の徴収拡大は、国民皆保険に逆行すると思います。 現在、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。 選定療養費(差額ベッド料)の徴収を拡大させるのではなく、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ことが適切であると考えます。経済力の多寡でなく、病状によって質の担保された療養環境を平等に患者に提供できれば、病院経営が成り立つ仕組みになるよう要望します。
①	個人 年齢:65~74歳 職業:医師	現行の取扱いの明確化	1. 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。 2. 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。
①	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者		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。お金がないとよい療養環境を選択できないということは、医療の中に差別を持ち込むものです。 また、差額ベッド料が発生する「特別療養環境室」は、良い環境を求める患者が自ら選んで入るのが原則であり、厚労省の通知でも「患者の意に反して特別療養環境室に入院させられることのないようにしなければならない」とされているはずですが、しかし、患者さんの中には入院先で「差額ベッド料のかかる病室以外は空いて

類型	提出者	具体的内容	理由
			いない」と言われて仕方なく、差額ベッド料を支払ったという事例が発生しています。こうしたことを起こさないためにも「特別療養環境室」は廃止すべきです。
①	個人 年齢:40～64歳 職業:看護師	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。
①	個人 年齢:40～64歳 職業:その他医療従事者	特別の療養環境(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)の廃止	本来、医療は憲法25条の理念に基づきすべての国民が健康に暮らしてつづけるための社会基盤であり、医療にかかることはすべての国民が有する権利であると考えます。国民皆保険制度のもとで、保険で賄われる範囲を超える自己負担によって受診を躊躇したり抑制されたり、個室使用によって治療費以外に多額の自己負担が生じることはあってはならないと考えます。世界に誇る国民皆保険制度の根幹を揺るがすことにもつながると考えます。 医療従事者にとっては、差額ベッド代を徴収することは、その額の多寡によって無意識に対応に区別を産み、患者差別につながると考えます。 国民にとっては、経済的な理由によって入院をためらうなど医療を受ける権利そのものを阻害する要因となります。療養環境は患者の治療の必要性に応じて決められるべきであり、単に患者負担を増やすものである点からも廃止すべきと考えます。 差額ベッド代をあてにしなくても医療機関経営が成り立つような報酬体系を確保することが厚生労働行政の本懐なのではないでしょうか。
①	個人 年齢:40～64歳 職業:その他医療従事者	入院医療に係る特別の療養環境の提供(差額ベッド)は廃止すべきです。	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。実際に私の父親が入院する事となり、差額室料を抑えたベッドに入院させる家族の申し訳なさを助長する、家族の尊厳を侵す様な制度と思いました。また、お金のある無しで医療者が命の差別をしてはならないのが医療倫理ではないでしょうか。また、医療費を抑える為にも、政府が誘導するような形で導入した差額室料の制度は廃止すべきです。
①	個人 年齢:40～64歳 職業:その他医療従事者	廃止	入院医療に係る特別の療養環境の提供(差額ベッド)は、実態として多床室での特別療養環境室や、十分な納得や理解がないまま意に反して特別療養環境室に入院させられるなどのトラブルが後を絶たない。患者にとっての差額ベッド代は、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。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。
①	個人 年齢:40～64歳 職業:その他医療従事者	差額料金の廃止	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。
①	個人 年齢:40～64歳 職業:その他	差額ベッド代の徴収	お金の有無で個室が使える、使えないと差があるのは差別。
①	個人 年齢:40～64歳 職業:その他医療従事者		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
①	個人 年齢:40～64歳 職業:医師	入院医療に係る特別の療養環境の内容を明確化すべきである。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。	医療として必要なものは保険診療とするのが大前提である。 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であり、選定療養の対象とすべきではない。 単なる個室が選定療養の対象というのは、日本人には大部屋で十分で、個室は分不相応であると国が公言しているようで、わびしくも腹立たしくもある。
①	個人 年齢:40～64歳 職業:医師	廃止	個室は増やしていきたいですが、経営が厳しい中、増やすこともできません。 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

類型	提出者	具体的内容	理由
			対応すべきです。 医療上の必要性があるにも関わらず、選定療養費を請求される事例も多発しています。 お金のない人は、よりよい療養環境を選べないということ自体、医療に差別を持ち込みます。
①	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	廃止	病院経営において、診療報酬だけでは収益を確保できず、物価高騰に加え、他産業との賃金格差が広がっており、人材不足が深刻となっている。人件費の捻出、収益確保のためには差額室料頼みとなっている現状がある。一方、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。差額室料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。
①	個人 年齢:40~64歳 職業:医師	廃止	特別の療養環境に関する料金は日額であり、入院する患者の負担は決して少額とは言えない。加えて多くの国民の収入は物価上昇に見合うほど上昇しておらず、ましてや高齢者における年金収入はかなり低く抑えられており、差額ベッド料まで支払う余裕はない場合が多い。先日も紹介先を探した際、適切な病院が見つかったのだが、1日5,000円の差額ベッド料は払えなのでほかの病院を探してほしいとの意向が表出されたことがあった。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。また、医療提供側の病院からは、診療報酬が低く抑えられており、差額ベッド料を頂かないと赤字になるような制度設計となっている。本来の医療行為で収入が得られ、拡大再生産できるようにすべきである。
②	個人 年齢:40~64歳 職業:歯科医師	歯科の金合金等についての廃止	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。このことより、選定療養から除外しても問題ないと考える。
②	個人 年齢:40~64歳 職業:歯科医師	歯科の金合金等について廃止を求める。	二つ要因としてあげさせていただく。一つ目は、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。二つ目として、最近是非金属歯冠修復が主流となっていることである。廃止後は本点数を技術的な点数に振り分けるべきではないだろうか。本項目は廃止されるべきと考える。
②	個人 年齢:40~64歳 職業:歯科医師	選定療養から削除	前歯部に対する金合金又は白金合金の補綴は、現在ほとんど行われていないため。
②	個人 年齢:40~64歳 職業:歯科医師	「2」の廃止	近年、金合金・白金合金による前歯部歯冠修復の需要が少ないため。
③	個人 年齢:40~64歳 職業:歯科医師	金属床総義歯だけでなく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。時代のニーズに合わせるためには、金属床部分義歯までの適用拡大が必要と思う。
③	個人 年齢:40~64歳 職業:歯科医師	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。
④	個人 年齢:40~64歳 職業:歯科医師	選定療養から削除	ほとんどの歯科医院では、予約制を導入している。もはや選定療養から削除してもいいと考える。
④	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	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。特に、経済的に余裕のない低所得者層や、診断が確定するまでに複数の専門医を受診する必要がある難病患者、あるいは定期的な専門的管理が必要な慢性疾患患者等にとって、受診の都度かかる可能性のある高額な選定療養費は、医療へのアクセスを妨げる深刻な障壁となりがねない。
④	個人 年齢:20~39歳 職業:その他医療従事者	外来リハビリにおいて、予約が集中しやすい時間帯(午前中など)の予約について、変動制の予約料金を設定できるようにしてほしい(予約が多い時間帯は医療費が上がり、少ない時間帯は医療費が下がる。ま	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。

類型	提出者	具体的内容	理由
		た、通常営業時間を超えての夜間のリハビリにおいても医療費が下がるように)。	
④	個人	保医発 0327 第 10 号の「15 予約に基づく診察に関する事項」では、「(1) 予約診察による特別の料金の徴収については、当該予約診察が保険医療機関において対面で行われるものでなければ認められないものであること。」とされている。 これについて情報通信機器を用いた診察に関しても、徴収可能にしていきたい。	当クリニックでは情報通信機器を用いた予約診察を行っているが、直前もしくは無断キャンセル率が 15%ほどとなっている。予約診察を行う場合、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る。 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ことから、同様に徴収を認めていただきたい。 なお、「情報通信機器の運用に要する費用」を「療養の給付と直接関係ないサービス等の費用」として徴収可能であるが、これは診療が行われなければ徴収できない費用であり、予約診察による特別の料金の徴収とは異なるものと思慮する。
④	個人 年齢:40~64 歳 職業:医師	廃止	最近身近にできた病院は、紹介状が必要だがそれだけでは 4~5 時間は待つとのことである。必ず予約してから来院するように促される。病院へのアクセスがかなり制限されかねない。 一方、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。
⑤	個人 年齢:65~74 歳 職業:医師	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。
⑤	個人 年齢:40~64 歳 職業:医師	廃止	時間外受診はそのほとんどが急病です。 金銭的な負担を科すことは、医療へのアクセスを阻害し、命の危険を増す愚策です。
⑤	個人 年齢:20~39 歳 職業:その他医療従事者	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
⑤	個人 年齢:40~64 歳 職業:医師	廃止	最近、時間外診療は減少傾向にはあると思われる。一方で、急性冠症候群は深夜から早朝にかけて発症しやすい。この場合、症状を自覚して受診すれば時間外診療にならざるを得ない。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。そうでなくても症状の重症化の危険性が増すことになる。また、消化管穿孔などには好発時間はないと思われるが、症状発生からの受診までの時間が長ければ、これもまた生命の危機に瀕する。重症疾患の発症は 24 時間あり得ることから、時間外診療を一律に選定療養とすることには賛同しかねる。
⑥	個人 年齢:40~64 歳 職業:歯科医師	医療機関以外からももつ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とらなくてもよいようにするよう検討いただきたい。	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、我々が知らないような生活上の悩みや、より具体的にいうとフレイルで表現されるところの機能低下に気づくことができる。当該病院と当該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、関係性ができている健康教室主催者からは選定療養費をとらずに患者を受け入れられるとよいと思う。
⑥	個人 年齢:65~74 歳 職業:医師	クリニックレベルまでの拡大を行うことを検討していただきたいです。	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。 再診については期間を限り、患者事由による頻回の受診を抑制する効果もあると考えます。
⑥	個人 年齢:40~64 歳	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です。差額ベッド代の廃止を求めます。また、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のでこちらも廃止を求めます。	

類型	提出者	具体的内容	理由
⑥	個人 年齢:20~39 歳 職業:医師	医療機関に救急自動車で搬送された患者について、選定療養(大病院の初診)を徴収する対象患者等の基準の明確化を求めます。	<p>高齢化の進展等に伴い、救急搬送件数は年々増加しています。救急搬送者の約半数は軽症者であり、救急車をタクシー代わりに利用する等適正な救急車の利用とはいえない状況がみられることは、今や広く認識されていると思います。</p> <p>そのような背景において、特定の医療機関のみならず、三重県松阪市や茨城県といった自治体単位で、対象医療機関に救急搬送された患者のうち、入院に至らなかった患者や救急要請時の緊急性が認められない患者を対象として選定療養費を徴収する運用を開始しています。</p> <p>これは、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について(通知)(令和6年3月27日保医発0327第10号)の別添中、第3の18(3)で、「救急の患者(中略)については、「緊急やむを得ない場合」に該当するものとして、特別の料金の徴収を行うことは認められないものであること。」とされていることを理由として多くの対象医療機関では徴収してこなかったものと考えられますが、「疑義解釈資料の送付について(その1)」「平成30年3月30日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡」の間220で、単に軽症の患者が救急車により来院し受診した場合には「救急の患者」に該当しないとされていることを根拠に、上記自治体内の医療機関で徴収しているものと認識しています。上記の通知及び事務連絡によって、救急搬送患者のうち単なる軽症患者については徴収が可能と示されておりますが、松阪市と茨城県の徴収基準は異なっており、また、その他の先行して徴収している医療機関についても徴収する基準が曖昧なものや、医療機関の間で徴収する基準の差が生じています。</p> <p>現行の通知等の記載内容では、徴収の基準が明確に示されていないことから、医療現場や地域の実情に応じた柔軟な対応を可能としている一方、施設間で徴収の基準・考え方が異なることや、徴収をめぐるトラブルを避けるために導入を回避する医療機関が多いことは課題と考えます。</p> <p>この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。</p> <p>つきましては、令和6年3月27日付け通知の別添中、「救急の患者」の基準・要件等について、通知や事務連絡等で明確にお示ししていただくよう、ご検討をお願いいたします。</p>
⑥	個人 年齢:40~64 歳 職業:その他医療従事者	⑥大病院の初診 ・患者が紹介状なしで一般病床200床以上の病院を初診で受診した場合の料金 ・患者が紹介状なしで特定機能病院、許可病床200床以上の地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関を初診で受診した場合の料金 いずれも「廃止」を希望します。	<p>高齢者の移動手段が課題になる中、もよりの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。</p> <p>紹介受診重点医療機関等への転換を検討しても、選定療養による患者負担を考えるとその選択は困難でした。「大病院の初診(再診)」は廃止し、診療報酬の引上げにより、地域医療を維持すべきだと考えます。</p>
⑥	個人 年齢:40~64 歳 職業:その他医療従事者	200床以上にかかる部分の一律廃止	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。
⑥	個人 年齢:20~39 歳 職業:その他	臨床実習に協力していただける患者を選定療養費(大病院の初診料)徴収対象除外患者とする。	<p>医療機関の機能分担(かかりつけ医と高度・専門医療を担う病院の役割分担)を目的として、選定療養費が設定されています。一方で、大学病院における医師・歯科医師の育成も、極めて重要な機能の一つです。</p> <p>厚生労働省および文部科学省は、大学病院に対して診療参加型臨床実習の推進を求めています。しかし、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。</p>

類型	提出者	具体的内容	理由
			つきましては、臨床実習に協力していただける患者について、選定療養費(大病院の初診料)の徴収対象除外患者とすることを強く要望いたします。
⑥	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	廃止	<p>地方では、医師の高齢化、資材高騰や人員確保のための人件費上昇、人員確保にかかる紹介手数料と消費税など経営的な厳しさがあり開業医の廃業が続いています。</p> <p>そうした中、かかりつけ医が近しくなく、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のではないのでしょうか。もちろん大病院の勤務医負担軽減の面もあるでしょうが、負担が軽減されるだけの医師確保、経済的な補償も必要ではないでしょうか。医療や介護は教育や交通などと同様、社会に必要不可欠なインフラであると思います。是非、そうした視点での政策を検討いただきたいと思います。</p>
⑥	個人 年齢:65~74歳 職業:医師	大病院の初診の選定療養の廃止を求めます。	<p>「選定療養」の考え方が整理された健康保険法改正時、「新たな保険外併用療養費制度においては、…(中略)…保険給付外の範囲が無制限に拡大されないよう適切な配慮をすること」が付帯決議されています(平成18年6月13日参議院厚生労働委員会附帯決議)。</p> <p>「選定療養」は、差額ベッド代等医療上必要性の低い「アメニティ」について、厚生労働大臣が定めたルールの下、保険給付外(自費扱い)として徴収できる制度です。大病院の初診・再診、長期収載品といった元来保険給付の対象であったものを「必要性が低い」とみなして患者に自費負担を課す手法は、従来の「選定療養」の範囲を恣意的に拡大したものであり、実質的な「保険外し」です。こうした手法が多用されれば、健康保険法附則第2条の「医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする」規定に反するばかりか、附帯決議の指摘する「保険給付外の範囲の無制限な拡大」を招くこととなります。</p> <p>⑥(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。</p> <p>国民皆保険制度を形骸化させ、実質的な混合診療解禁を招く医療行為の「選定療養」化に強く反対し、⑥の選定療養の廃止を求めます。</p>
⑥	個人 年齢:20~39歳 職業:学生	臨床実習に協力していただける患者を選定療養費(大病院の初診料)徴収対象除外患者とする	<p>2021年10月、旧東京医科歯科大学の歯学部附属病院と医学部附属病院が統合され、特定機能病院に指定されました。それに伴い、これまで旧歯学部附属病院では徴収されていなかった、紹介状なしでの初診時にかかる「選定療養費」が新たに徴収されるようになりました。この変更により、私たち歯学部の学生が臨床実習で診療に参加する際、患者さんに金銭的なご負担をお願いせざるを得ない状況となり、実習へのご協力をお願いしづらくなっています。特に、これまでご協力いただいていた家族や友人にまで費用が発生してしまうため、声をかけること自体をためらってしまいます。実際、指導歯科医の先生方からは、臨床実習に協力してくださる初診患者さんの数が、病院統合前の3分の1以下に減ってしまっているとの声も聞いております。こうした状況下では、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。</p> <p>さらに、私たちが不公平に感じているのは、選定療養費を臨床実習にご協力くださる患者さんから徴収している歯科医療機関は、歯学部を有する国立大学病院10大学だけであるという点です。私立の歯科大学や、特定機能病院でない大学病院では、このような費用は発生しておらず、私たち国立大学の歯学生だけが、患者さんの確保が難しく、学習機会において不利益を被っている状況にあります。選定療養費が医療機関の機能分担を促すために設けられていることは理解しております。しかしながら、大学病院が担うべき重要な役割の一つに、次世代の医師・歯科医師の育成があることも、どうかご理解いただければと存じます。</p> <p>つきましては、国立大学病院において、診療参加型臨床実習にご協力いただく患者さんについては、選定療養費の徴収対象から除外していただけますよう、切にお願い申し上げます。</p>

類型	提出者	具体的内容	理由
⑥	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	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
⑥	個人 年齢:40~64歳 職業:医師	廃止	一般病床 200 床以上の病院に紹介状無しで初診をすることを実質禁ずることになる。一般病床 200 床以上の病院は全て二次医療機関と位置付けることになるが、これは現実にはそぐわない。具体的には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は、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。廃止すべきである。
⑥	個人 年齢:40~64歳 職業:無職	初診選定医療費の明確な線引きがなされないのはおかしい。 きちんとした線引きを決め、ポスターなりに明確に掲示すべき。	昨日、医療機関を受診。耳鼻科には過去 20 年ほど前からほぼ継続して通院歴あり。 今年 1 月に皮膚科を初診にて受診。昨年 10 月に耳鼻科を受診していたからか、皮膚科受診がまったく初めてに関わらず、初診選定医療費(7,700 円)の徴収は無しだった。(3ヶ月以内だったからか?)そして 3 月に耳鼻科の再診の予約をとっていたけれども都合が悪く電話にて変更を希望したが、担当医師がすでに連日予約できない状況である旨告げられ、予約なしでの受診を指示される。 昨日は 3 月の履行できなかった予約以来の耳鼻科受診であったため、「選定医療費 7,700 円が加算されるかもしれない、医師の判断次第だ」と受付で告げられる。受診内容が継続であり、3 月の予約が変更できなかったためでもある故、まさか加算されるとは思わず受診したが、精算時に加算されており驚愕した。そもそも、受付で「加算がされるかもしれないが、いいか?いいか?判断は医師がする」とまるで脅しのように案内されるのは如何なものか。受付まで来て、「じゃあやめます」とはならない。その場で「では医師にいま確認してくれ」とも言えない。この運用は明らかに間違っていないか?A 医師なら加算せず、B 医師なら加算する、があり得る訳だ。 また、3 月に電話で変更を希望した際に、担当医師の予約が既に連日埋まっていたのは、3 月末で大学に戻るためだったとあとで分かった。予約が取れないのではなく、いなくなるからであった。医師の異動はこちらの都合ではない。病院の都合である。 このような不明確な線引きが横行しているのは明らかに間違っている。まるで市民に「病院に来るな」と言わんばかりの制度でしかない。 また、昨日は次回の予約は定期的では取らず、また調子が悪くなったら来ます、ではそうしてください、とのやり取りで終了したため、次回予約無しで受診した際にも再び 7,700 円が徴収される可能性が大。これでは二度と受診することはできない。
⑦	個人 年齢:65~74歳 職業:医師	クリニックレベルまでの拡大を行うことを検討していたきたいです	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。 再診については期間を限り、患者事由による頻回の受診を抑制する効果もあると考えます。
⑦	個人	「他の医療機関に対し文書による紹介を行ったにも関わらず受診する」以外においても、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。	「大病院の再診」の条件に設定された「文書による紹介」を撤廃し、費用発生を設定することが好ましいと考える。
⑦	個人 年齢:40~64歳	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です。差額ベッド代の廃止を求めます。また、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のでこちらも廃止を求めます。	
⑦	個人 年齢:65~74歳 職業:医師	大病院の再診の選定療養の廃止を求めます。	「選定療養」の考え方が整理された健康保険法改正時、「新たな保険外併用療養費制度においては、…(中略)…保険給付外の範囲が無制限に拡大されないよう適切な配慮をすること」が付帯決議されています(平成 18 年

類型	提出者	具体的内容	理由
			<p>6月13日参議院厚生労働委員会附帯決議)。 「選定療養」は、差額ベッド代等医療上必要性の低い「アメニティ」について、厚生労働大臣が定めたルールの下、保険給付外(自費扱い)として徴収できる制度です。大病院の初診・再診、長期収載品といった元来保険給付の対象であったものを「必要性が低い」とみなして患者に自費負担を課す手法は、従来の「選定療養」の範囲を恣意的に拡大したものであり、実質的な「保険外し」です。こうした手法が多用されれば、健康保険法附則第2条の「医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする」規定に反するばかりか、附帯決議の指摘する「保険給付外の範囲の無制限な拡大」を招くこととなります。 ⑦(大病院の再診)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・再診料とを并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。 国民皆保険制度を形骸化させ、実質的な混合診療解禁を招く医療行為の「選定療養」化に強く反対し、⑦の選定療養の廃止を求めます。</p>
⑧	個人 年齢:65~74歳 職業:医師	廃止し、保健予防活動と保険診療にする。	<p>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。</p>
⑧	個人 年齢:40~64歳 職業:歯科医師	現在、う蝕多発傾向を有しない16歳未満の患者となっているが、対象年齢を18歳未満程度まで引き上げる。	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。
⑧	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	廃止	子供の治療に保険外で意味がよくわかりません
⑨	個人 年齢:40~64歳 職業:会社員(医療関係の企業)	180日越えの選定療養費は、長期療養が必要なご本人、ご家族を追い詰めることとなります。選定療養費から外すべきと考えます。	<p>以下、具体的な事例です。 地域包括支援センターにご相談があった事例です。 疾患と入院を期に要介護状態となり医療ケアが必要になりましたが介護力、経済的事情等により退院ができない状態で入院が継続していました。しかしある日、入院180日近くなった時に入院先病院から、「これ以上入院が長引く場合は、医療費が高額になる」と言われ、支払うことができず急ぎ退院するため有料ホームに入らざるを得なくなりました。しかし有料老人ホームでは家族の支払い能力を超えていたため預貯金を切り崩し生活をせざるを得ず、持続可能な生活ができず、次の入院先を求めて地域包括支援センターに相談に来ました。 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。</p>
⑨	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	廃止	<p>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。可能であれば介護施設や有料老人ホームなどに入所できれば良いが、全ての人が経済的に裕福ではなく、経済的に断念せざるを得ない(退院できない)、そもそも地方は受入ができるだけの施設も十分でない、人手不足や介護報酬が不十分のため経営的な困難さ、民間も大都市中心で地方には参入しない。 そして、医療機関も経営的に厳しい状況もあり、いつまでも入院という訳にはいかないが、その受け皿がなく医療機関が負担をせざるを得ない状況で、良心的な医療機関ほど経営的に厳しい状況に追い込まれる。結局、お金のある無しで必要な医療や介護が受けられないことになり、経済的に国民が切り捨てられる政策といわざるを得ない。</p>
⑨	個人 年齢:40~64歳 職業:医師	廃止	180日を超えたら、保険負担に加えて、選定療養費を科すという目的が不明です。180日という日数にも、根拠がありません。実際、入院していて、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、長期化しています。直ちに廃止してください。

類型	提出者	具体的内容	理由
⑩	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者		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したいです。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。
⑩	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	摂食機能療法を対象に加えていただきたい。	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。
⑩	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	摂食機能療法の追加	摂食機能療法の算定において毎日算定可能時期(90日)以降は月4回が算定上限となる。しかしながら、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ます。
⑩	個人 年齢:20~39歳 職業:その他医療従事者	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回を限度	1回では確定できない事もあり、1回以上行うことがあるため。
⑩	個人	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。
⑩	個人	制限回数を超える医療行為 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。特にがん指導料(薬剤)は回数制限が定められており、それ以上に指導を行う場合も多い。これらに対する選定療養費が必要である。	上記に記載
⑪	個人 年齢:40~64歳 職業:薬剤師	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。
⑫	個人	プログラム医療機器指導への選定療養費 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、治療に至らないままであっても、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。プログラム医療機器に対しては、その導入についても、使用方法の指導などが必要であり、その指導に対して選定療養費を徴収する。	上記に記載
⑬	個人 年齢:40~64歳 職業:看護師		⑬は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。
⑬	個人 年齢:65~74歳 職業:医師	医科点数表の解釈 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は、算定不可とされています。	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。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。

類型	提出者	具体的内容	理由
		しかし、医師が必要と認めた場合は、保険導入が可能になることを要望します。	
⑮	個人 年齢:40~64 歳 職業:薬剤師	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先。	
⑮	個人 年齢:20~39 歳 職業:薬剤師	長期収載品と後発医薬品との差額の 1/4 ではなく、全額とする	1/4 導入後一定時期経過し、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。
⑮	個人 年齢:40~64 歳 職業:歯科医師	長期収載品の選定療養費化の廃止について	処方には医療上必要があるからするものであり、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のは良くないと考える。
⑮	個人	薬の差額 1/4 となっているが、差額全額で良い。	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。合わせて、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。
⑮	個人 年齢:40~64 歳 職業:医師	後発品のあるすべての先発品の差額の全額に変更する	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は、1/4 ではなく全額を選定療養の対象とすべきである。 先発品が後発品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。ただし、医師が医療上必要と判断する場合については、除く対応が残ってもよいと考える。 私の専門は小児科であるが、現行の選定療養制度を患者様、保護者様に説明する際、次のように説明している。「長期収載品は、ブランド物のヴィトンのバッグである。スーパーに買い物に行くのに、バッグは必要だ。きっとエコバックで十分だ。けど中には、ヴィトンのバッグで買い物に行きたい人もいるだろう。これまでの保険制度は、エコバックもヴィトンのバッグも3割負担だった。今回の選定療養は、ヴィトンのバッグとエコバックの差額は自己負担してねということだ。」 この説明でおおむね理解が得られている。差額の 1/4 不安ではなく、全額負担になっても全く問題ないと考える。ヴィトンのバッグで買い物することを公的保険制度でカバーする必要はない
⑮	個人 年齢:65~74 歳 職業:無職	長期収載品に対する選定療養の導入目的は、後発品使用促進及び医療費抑制にあると認識しているが、本制度には運用面も含めて多くの問題がある。特に、後発品の品質確保と安定供給体制の確立・維持には限界があることは明白であり、医療の質確保にも影響を及ぼしている状況にあると言える。実際、2024 年 10 月に本制度導入後、長期収載品から後発品への切り替えが加速的に進んだが、後発品の供給が十分に追いつかず 2025 年度に入り長期収載品に戻っている状況にある。一概に後発品企業の責任だけの問題とは言えず、本施策自体の問題であると考え。一方、保険医療費を抑制することは必要である。長期収載品に対する選定療養の財政的効果と医療現場の混乱及び患者への影響を十分に調査・検証を行う必要がある。そのうえで、新たな方向性として、供給不安及び品質にも課題のある後発品の使用促進策から、長期収載品の薬価を大幅に引き下げる施策へと大き	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。選定療養は、保険外の医療サービスを保険診療と併用した場合に、当該医療サービスを全額自己負担とせず、患者の選択に応じて当該保険外の医療サービス分に係る追加費用を支払う形で医療サービスを提供することを可とする制度であると認識している。長期収載品は保険収載されており、後発品との差額の一部を患者から徴収するという仕組みは、本来の保険外併用療養費制度における選定療養に係るコンセプトとは、位置づけが大きく異なると思う。本制度は患者の選択に基づくとしているが、現実には医師が処方を決定しており、患者に薬剤の選択権が十分に保障されていないのが実情である。結果として、医療従事者の意向や薬局の対応により先発医薬品が処方された場合でも、患者が追加費用を負担する不合理が生じる仕組みである。特に高齢者や情報弱者にとっては不公平感が強くなる制度である。制度運用時には、医師・薬剤師が患者に対して制度の趣旨・費用負担について十分に説明を行い、患者自身に選択を促す必要がある。しかしながら、治療及び医薬品に関して丁寧な情報提供を行うなかで、さらに複雑な本制度の説明も行うことは、臨床現場における診療・調剤業務が煩雑化し、現場の負担が増加しているのも事実である。加えて、本制度を背景とした薬剤変更に伴う副作用や効果の差異への対応など、医療の質に影響を及ぼすことにもなる。さらに、一部の後発品に関しては品質・安定供給に対する不信感が依然として存在する。よって、患者が長期収載品を希望することは合理的な判断である。にもかかわらず追加負担が課されることは患者の安全や安心を損なう要因にもなる。除外規定も設定されているが、複雑かつ境界線が明確でないため、医療現場では十分に理解されず、運用されているのが現状であり、運用面でも大きな課題となっている。本制度の導入目的

類型	提出者	具体的内容	理由
		<p>く転換すべきである。そのためには、社会保険審議会医療保険部会及び中央社会保険協議会において、改めて本制度の問題点を明確にしたうえで、本制度の廃止を含めて、医療費の抑制策に関して議論することが必要と考える。</p>	<p>は、後発品使用の促進及び医療費の抑制とされているが、患者に経済的負担を課すことによって目的達成を図る仕組みは、政策手段として妥当性に欠けると考える。加えて、実際、2024年10月に本制度導入後、長期収載品から後発品への切り替えが加速的に進んだが、後発品の供給が十分に追いつかず2025年度に入り長期収載品に戻っている状況にある。一概に後発品企業の責任とは言えず、本制度・施策自体の問題と考える。以上を踏まえて、本制度の問題点を以下に整理する。(1)経済的理由により患者が必要な医薬品を選べなくなることは、医療の基本的理念に反する。情報格差・経済的余裕の違いにより、一部の患者層が不利益を被る設計は制度的に不公正である。(2)制度による使用促進の実効性は不透明であり、むしろ混乱や不信を招く懸念が強い。(3)保険医療の原則である「必要な医療を公平に受けられる」理念を揺るがす可能性がある。(4)本制度は、医療費抑制という政策目標に基づいて導入されたものであるが、制度の設計・運用には多くの課題が存在する。(5)特に、患者負担の増大、不公平性、医療現場への影響、後発品の品質への懸念など、制度の実施によって発生する問題は看過できないものである。(6)後発品の品質・安定供給体制が確立されていないなかで後発品使用促進策を講じることは、医薬品アクセス問題につながり、患者への薬物治療に大きな影響を及ぼすことになる。加えて、下記に示す通り、運用面でも不公平が生じる仕組みである。先発医薬品を使用する医療上の必要性があるとされるケースに関して、以下のように示されている。・先発医薬品と後発医薬品で、薬事承認された効能・効果に差異があり、疾病の治療のために先発医薬品を処方する必要がある場合。・患者さんが後発医薬品を使用された場合に、副作用やほかの薬との飲み合わせによる相互作用が生じたり、先発医薬品との間で治療効果に違いが出るなど、安全性の観点から先発医薬品を処方する必要がある場合。・各学会などが作成しているガイドラインにおいて、先発医薬品を使用している患者さんについては後発医薬品へ切り替えないことを推奨しているような場合。・剤形上の違いにより、後発医薬品の調剤が難しく、先発医薬品を処方する必要がある場合。これらは、非常に曖昧な基準であり、医師・薬剤師が十分理解して判断できない場合や解釈に差異がでる場合も考えられる。よって、同じ患者でも、医師によって負担が生じる場合と生じない場合が出てくるのが想定され、運用面で不公平となりやすい制度である。そもそも、患者にとって全く理解に及ばない運用であることも患者不在の制度として問題である。また、医療機関などに後発品の在庫がない場合にも特別な料金が発生しないとしている。偶然、前の患者で後発品が在庫切れとなった場合、前の患者では追加の負担が発生するが、後の患者では負担はなくて済む場合が生じる。この面でも不公平になりやすい制度である。制度では一定の不公平が生じるのはやむを得ないが、極力不公平なケースが生じないようにすべきである。本制度の場合、複雑な運用と後発品の安定供給問題があるなかで導入したことが背景にあり、その観点からすれば大きな問題と考える。よって、長期収載品に対する選定療養の財政的効果と医療現場の混乱及び患者への影響を十分に調査・検証を行う必要がある。そのうえで、本制度は現行の形で維持・継続すべきではないと考える。社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会において、改めて本制度の問題点を明確にして、早急に廃止を含めた抜本的な見直し等の議論と対応が求められる。議論の方向性としては、昨今、後発品企業における品質確保・安定供給体制確保には限界があることが明白となったことを踏まえ、診療報酬に係る後発品使用促進策も含めて、今まで実施してきた後発品使用促進策に係る十分な検証を行うことも必要である。今後は、後発品使用促進策に係る仕組みの検討を深掘りするのではなく、長期収載品の薬価を速やかに後発品の薬価まで引き下げて、先発品企業又は品質確保・安定供給確保のできる中堅製薬企業が品質が確保された長期収載品を安定的に供給する仕組み・体制へと誘導する方向性で議論を進めることが望ましい。もちろん、後発品企業の存廃に関わる施策になるが、薬物治療の質を確保しつつ保険医療財政の抑制につなげるための最適な施策を十分に検討する必要がある。医療費抑制に係る議論の方向性を後発品使用促進策から脱却し、大きく転換すべき時期に来ていると認識する。</p>
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:薬剤師	現状は長期収載品のみ対象になっているが、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	湿布に関して、自己負担のない、または少ない高齢者が複数クリニックで湿布を上限らうためだけに受診し、サロンなどで友人に配っている方もいたりする状態は健全ではない。湿布だけ変更しても、ゲルなどの他の形態に変更されるだけになると思われるので、鎮痛剤外用全体を一部自費負担にすればそういった行為も抑止され

類型	提出者	具体的内容	理由
		する。段階的に自費負担部分を上げて、将来的に保険から外して薬局に OTC 商品として売らせればよい。	と思われる。また SP トローチも飴のように常用している患者もおり、こちらで指導しても医師が大量に処方するため止められない。疑義照会しても却下されてしまうため、それも一部自費負担にすると抑止できると思われる。
⑮	個人 年齢:20~39 歳 職業:薬剤師	長期収載品における保険適用外部分負担割合の増加および医療上必要な場合の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ・長期収載品における保険適用外部分負担割合の増加 現在では、負担額の大きな増加がないため、選定療養後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。 ・長期収載品における医療上必要な場合の明確化 先発希望患者において、選定療養後開始後も後発品での副作用歴や治療上効果に差異があるとして医師指示により保険給付が続いている事案がある。後発品での副作用歴である場合には PMDA の副作用報告番号の記載を必須とする、患者希望であると薬局で確認できている場合には保険給付とせず選定療養とできる、または以下診療報酬から薬剤料を減算するなど長期収載品における選定療養の取扱いが厳格となる規制が必要と考ええる。
⑮	個人 年齢:40~64 歳 職業:歯科医師	長期収載されている医薬品に対する選定療養の廃止	患者が長期収載品(後発医薬品のある先発医薬品)を希望する場合に、選定療養の対象とされているが、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える。
⑮	個人 年齢:65~74 歳 職業:医師	長期収載品の選定療養について廃止すべきである。	<p>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、保険外しの手段として利用されているため、廃止すべきである。</p> <p>今年2月に大阪府保険医協会が行った会員アンケート調査(267件の回答)では、制度導入に伴う後発医薬品への切り替えにより、病状悪化や副作用の事例が複数寄せられている。アレルギー症状を起こした事例や一度後発医薬品を使用した後、病態悪化で長期収載品に戻した事例もあり、国の政策により患者の健康が脅かされる事態を引き起こしていることは看過できない。</p> <p>また、74%の医療機関が「制度導入の影響がある」として、患者が制度内容を理解できておらず、説明に時間がかかることや薬局とのやり取りの増加、レセプト記載の煩雑さ等、医療機関の負担が増えている実状も明らかとなった。</p> <p>以上のことから6割以上の医療機関が長期収載品の選定療養に「反対」と回答している。医薬品不足が一向に解消されない中で、強引な後発医薬品への移行ではなく、安定的な医薬品供給を最優先にすべきとの声も寄せられている。</p> <p>選定療養を拡大することは、2002年改正健康保険法附則に掲げる「将来にわたって7割給付を維持する」との原則に反する。混合診療が原則禁止されている趣旨を踏まえ、混合診療の抜け道として、選定療養が保険給付範囲を縮小していくために利用されている現状を見直す必要がある。長期収載品の選定療養を廃止するとともに、これ以上選定療養を拡大すべきではない。</p>
⑮	個人 年齢:40~64 歳 職業:その他医療従事者	長期収載品に対する選定療養が開始され、患者から制度導入の意図や医療費削減などを説明するも理解されず、一方的に支払拒否されるケースが発生している。このような制度はすぐに廃止すべきと考ええる。	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。
⑮	個人	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。	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。
⑮	個人	徐々に徴収率をあげるべき。	GEへの移行を進めるならもっと高くしないと。変えない人は高くしても変えないですし。

類型	提出者	具体的内容	理由
⑮	個人	選定療養の長期収載品の1部自己負担の制度は、廃止すべきである。まず、長期収載品がよく、変わる。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。やめるべきである。	この原因は、薬を使いすぎることが原因なのだ。漫然と、薬を処方する。残薬を利用しない。一般市販薬への移行がすすまず、医療医薬品に対する保険財政の圧迫が原因である。一般市販薬に使うのを増やし、薬価をつける薬を少なくすることである。また、セルフメディケーションの推進があれば、この制度は必要ないと考える。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	現行の長期収載品は後発医薬品との差額の4分の1を特別の料金として患者負担とするが、具体的な期限を決めて負担額を差額の2分の1、4分の3、全額と段階を追って増額すべきである。	①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。 ②疾病治療のために先発医薬品を処方する必要がある場合や、副作用・相互作用等の安全性の観点から先発医薬品を処方する必要がある場合等は、先発医薬品を使用しても特別の料金は発生せず患者負担は増加しない制度設計になっているため。 ③軽減できた医療資源はドラッグラグ・ロスを解消するため新薬開発に投下して頂きたい。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:歯科医師	選定療養の取扱いについて廃止すべき。	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ため。 保険収載を前提としない選定療養の拡大は国民皆保険制度の形骸化に繋がるため、行うべきではない。
⑮	個人 年齢:65~74歳 職業:医師	長期収載品の選定療養は中止すべきです。	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。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	長期収載品薬品に対する選定療養の廃止	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から。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:会社員(医療関係の企業)	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から
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	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。 「選定療養」は、患者さんが追加費用を負担することで、保険適用外の治療やサービスを保険診療と同時に受けることができる。一方で、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の広がりをもたらし、必要な医療は保険診療でという皆保険制度の形骸化につながる。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:薬剤師	現行制度の長期収載品選定療養費には廃止	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。また本来医薬品は開発段階からのデータの蓄積があり、現在の安全な医薬品提供に繋がっていると考える。選定療養開始後、長期収載品(先発品)の販売中止ケースも発生している。過去のデータの損失に繋がる恐れが大きい。後発品使用を推進し、医療費を抑える目的は理解しつつも選定療養と言う自己負担を強いる制度は、問題の解決には至らないのではないか?大きな損失から目を背けているのではないか。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:会社員(医療関係の企業)	長期収載品に関する選定療養費制度は廃止すべき。	1. 医薬品供給の不安定性と制度の矛盾 後発医薬品の供給は、製造上の不備や原材料不足、企業の経営難などにより慢性的に不安定です。にもかかわらず、選定療養制度では「後発品がある」という前提で長期収載品に追加負担を課すため、実際には後発品が手に入らない状況でも患者に選定療養費を求めるケースが発生する可能性があります。 2. 薬局現場の業務負担と在庫リスク 日本保険薬局協会が2024年11月-12月に実施した調査によれば、薬局の約90%が制度対応に「とても負担を感じている」と回答しており、特に「患者説明」「在庫管理」「会計処理」などの工程で業務が煩雑化しています。また、後発品が選ばれることで長期収載品が不動在庫化し、廃棄リスクや経営的損失も増加しています。このよう

類型	提出者	具体的内容	理由
			<p>な、選定療養費制度の矛盾により起こる経営負担を地域の患者のいのちと健康を守る大切なインフラである薬局のみに押し付けるのは間違っています。</p> <p>3. 患者の混乱と医療アクセス格差 制度の理解が進んでいない中で、患者が「なぜ追加料金が必要なのか」を理解できず、薬局や医療機関へのクレームや不信感が増加しています。とりわけ、毎年の薬価改定により、選定療養費の対象となる薬剤が見直されることにより患者に生じる混乱や不利益を見逃すことができません。特に高齢者にとっては、制度が医療アクセスの障壁となり、病状悪化によりかえって社会保障費の増大を招く可能性があります。</p> <p>4. 政策的な整合性の欠如 本来、選定療養は「選択の自由」に基づく制度ですが、本制度においては、患者に実質的な選択肢がないにもかかわらず、制度上は「自己選択」として扱われます。この点で、制度設計と現場の実態に乖離が生じています。高齢者にとっては、食品や水光熱費等、あらゆる価格が高騰する中で、自分の薬代がいくらになるのかの不安から、服薬を中断するリスクも懸念されます。</p> <p>結論 長期収載品に対する選定療養費制度は、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。</p>
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:医師	廃止	<p>医薬品の流通不足が一向に解消されない中、⑮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。⑮の廃止によって、ある程度の薬剤不足の解消が見込まれる。なお、外用剤は基剤が異なると性能が異なる。例えばステロイドの強さが異なるため、そもそも外用剤は⑮長期収載品の選定療養費の対象にするべきではない。</p> <p>例:先発品ニゾラールクリーム(乳白色の液体)が選定療養費に→後発医薬品のケトコナゾールクリームが低品質→ニゾラールローションは選定療養費ではないためクリームのかわりにニゾラールローションを処方する傾向が出てくる→ニゾラールローションが長期間欠品している(ニゾラールローションに完全に同じローション基剤の後発品は存在しないので現場は困惑) 代替薬のない薬剤の欠品が相次いでおり、その状況を悪化させる⑮長期収載品の選定療養費は廃止すべきである。</p>
⑮	個人 年齢:65~74歳 職業:医師	長期収載品の選定療養の廃止を求めます。	<p>「選定療養」の考え方が整理された健康保険法改正時、「新たな保険外併用療養費制度においては、…(中略)…保険給付外の範囲が無制限に拡大されないよう適切な配慮をすること」が付帯決議されています(平成18年6月13日参議院厚生労働委員会附帯決議)。</p> <p>「選定療養」は、差額ベッド代等医療上必要性の低い「アメニティ」について、厚生労働大臣が定めたルールの下、保険給付外(自費扱い)として徴収できる制度です。大病院の初診・再診、長期収載品といった元来保険給付の対象であったものを「必要性が低い」とみなして患者に自費負担を課す手法は、従来の「選定療養」の範囲を恣意的に拡大したものであり、実質的な「保険外し」です。こうした手法が多用されれば、健康保険法附則第2条の「医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする」規定に反するばかりか、附帯決議の指摘する「保険給付外の範囲の無制限な拡大」を招くこととなります。</p> <p>⑮(長期収載品)は、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。</p>

類型	提出者	具体的内容	理由
			国民皆保険制度を形骸化させ、実質的な混合診療解禁を招く医療行為の「選定療養」化に強く反対し、⑮の選定療養の廃止を求めます。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:医師	廃止	長期収載品の対応で、どれだけ無駄で手間がかかっているか、きちんと現場を見てください。 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起きています。 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。直ちに廃止して下さい。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:薬剤師	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。患者さんに必要な薬をお渡しできなくなる制度は、即刻廃止すべきです。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:会社員(医療関係の企業)	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。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	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
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	長期収載品の差額を実費徴収すること。	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、搾取することで必要な医療が受けられなくなる。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:薬剤師	長期収載品の処方等又は調剤に関する選定療養対象品の自己負担料を廃止に。	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こない場合は患者負担額が発生しないという時々で患者負担額が変わってしまい混乱を招いている。 また、後発品1~2社しか存在しない長期収載品を選定療養対象とすると、その後発品に受注が集中してしまい更に入手困難となっている。生産量が追いつかないことや不採算品については、後発品メーカーが製造販売を中止している品目が増えてきている。 また、同一医薬品であっても貼付剤の様に用量違いで選定療養対象品であるものと選定療養対象品に該当しない物が混在している品目もあり混乱を招いている。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者		昨年10月より開始された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。マスコミ等があまり取り上げない中で後発品への変更説明を薬局が担い患者さんに不信感をもたれた。原爆認定の方や障害を持って治療をされており窓口が免除されている方も一律、医師の指示がなければ後発品への変更となり薬が変更になることへの不安、体調が悪くなり元の薬に戻したりと健康権、人権が無視された政策となっている。強制された不信感への矛先が薬局職員にむけられたこと、そもそも医療は混合診療を禁止しており矛盾している。制度の強行により、さらに医薬品流通が不良に陥ったことで医薬品の確保のために医薬品担当者の業務が煩雑となってただでさえ、ここ数年供給不良が続いている中、大変苦慮している。消費税を増税するときは社会保障にというのに医療費を削減するために機械的に医療負担を強いる政策に反対する。軍事費より社会保障に。お金のあるなしに関わらず安心して治療できるよう長期収載品の選定療養を廃止してほしい。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	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。患者さんに必要な薬をお渡しできなくなる制度は、即刻廃止すべきです。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:薬剤師	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
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:薬剤師	廃止を求めます	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。 この制度が更に広がり、薬の保険外しにつながるのではないかと心配します。また、この制度のために薬局現場に大きな負担がかかっています。そのため制度は廃止すべきと考えます。

類型	提出者	具体的内容	理由
⑮	個人 年齢:20~39歳 職業:薬剤師	廃止すべき。	現在、医薬品の入手が不安定な状況が続いているため。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:薬剤師	長期収載品の自己負担額の計算を見直すべき。 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。また、内服と頓服で同じ薬をもらっても負担額が異なることも理由の一つ。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:薬剤師	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。ポリファーマシーの改善にもまったく効果なし。
⑮	個人 年齢:20~39歳 職業:薬剤師	長期収載品の中でも後発品の流通が悪い物はその品目について除外してほしい。	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。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	ジェネリック医薬品があるもののみ限定	漢方や喘息のOTCがあるものを保険外とか治療をやめろということでしょうか
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:薬剤師	廃止	①後発品の品不足、入手困難、製造中止などで同じ銘柄で希望にそえる調剤できない事例が多すぎる ②すでに先発品しか市場にないのに長期収載品扱いが続く ③軟膏混合後の安定性がない、又は持続しない、データがない
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:薬剤師	廃止をもとめます	お金のあなしで選別されることに疑問を感じます。
⑮	個人 年齢:40~64歳 職業:その他	長期収載品の処方等または調剤に関する料金を患者に負担させることは廃止すべき。	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。
	個人 年齢:40~64歳 職業:医師	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮の廃止	①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る。 ②③⑧この件に関して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であろうか？特に少子高齢化への対処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？ ④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 ⑤時間外診療は、病気がいつ起こるか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。 ⑥⑦自由にアクセスを制限する制度であり、不要である。 ⑨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。 ⑩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。 ⑪⑫⑬それにより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。 ⑭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？保険でなければ国庫負担でも問題はないと考える。 ⑮この制度により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
	個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	①~⑮すべて。 そもそも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なしによる格差を持ち込むこと	高額医薬品が増えていく中で、国民皆保険を維持するための倫理的な規範は必要になってくるかもしれないが、それを選定療養の導入で回避するのは、国民に分断をもたらす愚策である。防衛費に40兆円も捻出できる

類型	提出者	具体的内容	理由
		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。	のであれば、適切に医療財政を拡大することも可能なはずである。もっとも端的には防衛費やアメリカ軍の負担の肩代わり削減・やめることこそ適切解だと考える。
	個人 年齢:40~64 歳 職業:会社員(医療関係の企業)	①~⑮ 選定療養費の廃止	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
	個人 年齢:40~64 歳 職業:その他医療従事者	①②⑤⑥⑦⑮	患者窓口負担が増えることは反対です。
	個人 年齢:20~39 歳 職業:その他医療従事者	①~⑮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。	選定療養費拡大の風潮について「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」理念を謳いながら、例外であるはずの選定療養費を拡大するのは理念に逆行しています。例外を増やすことに注力されており、原則を形骸化させる風潮を感じます。いかにして保険診療制度を現代医療に追従させていくか、それをいかにして迅速に進めていくかに注力すべきです。類型番号①・④について経済的に余裕のある人とそうでない人との間で、受けられる医療サービスの質に格差が生まれる恐れがあります。低所得層や高齢者などが必要な治療を受けられない場合が増える可能性があります。類型番号②・③・⑤~⑮について選定療養費拡大が進むと実質の混合診療解禁になり、民間の医療保険会社なども含めて日本医療が市場化されることとなります。儲かる分野は残り、そうでない分野は地域から消えていくことにもなりかねません。例えば救急病院が地域からなくなるなど、全国の患者に公平な医療が提供されるとは限りなくなります。また、患者が自己負担を避けるために質の低い治療内容を選んでしまう可能性もあります。その他、受診抑制や長期入院抑制について診療報酬制度改定の政策誘導により、受診抑制と長期入院抑制が長年進められてきたと感じています。一方で一般市民に対する病院・診療所のかかり方や救急車の使い方、または入院後の退院先施設や生活支援制度は、現在の診療報酬制度の建付けと合致していない、実態整備が追い付いていないように感じます。それなのに入口と出口に挟まれる病院にばかりペナルティや本業の診療以外の患者案内の手間ばかり課せられているように感じます。整備が追い付いていない地域行政にはペナルティは無いのでしょうか。救急病院ではたびたび、行き場のない患者が搬入されてきます。急性期治療は施せたとしても、退院先の生活環境を提供することは出来ません。緊急入院したから衣食住は足りるためか、生保の急迫保護も適用してくれません。病院職員が支援して手続して退院先を調整します。診療報酬上の日数では全く足りません。そもそも受診抑制しているから、どうしようもなくなって搬入されたのでは、とも思います。国の医療費の問題を、病院職員の患者対応努力と経営努力に背負わせています。
	個人 年齢:40~64 歳 職業:その他医療従事者	①⑥⑦⑮ 全ての項目について、廃止を求める。	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。
	個人 年齢:40~64 歳 職業:その他医療従事者	①~⑮	①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。 ②③⑧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。 ④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。 ⑤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。 ⑥⑦医療にかかる権利を制限するものになると思うので。 ⑨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。 ⑩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。 ⑪患者さんが助かる事であれば保険にしてあげてほしい。 ⑫患者さんが助かる事であれば保険にしてあげてほしい。 ⑬患者さんが助かる事であれば保険にしてあげてほしい。 ⑭少子化対策につながるのでは？ ⑮現場での混乱を避けるため。

類型	提出者	具体的内容	理由
	個人 年齢:40~64 歳 職業:その他医療従事者	①~⑮すべて。 医療上必要と医師が判断したものは全て保険給付とすべき(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。	現行制度では、医師の判断は関係無く差額ベッドを徴収している、または徴収する前提で入院を受け入れているケースが多く、差額ベッドが無ければ病院経営が成り立たないという病院が多数である。その他選定療養費についても状況が多少異なるかもしれないが、保険給付されるべきケースも少なからずあり、経済的理由で必要な医療を受けられない患者が多く存在すると思われる。
	個人 年齢:40~64 歳 職業:その他医療従事者	①~⑮すべて	<p>現行の取扱いを廃止すべき 【選定療養費の変遷】 1996年4月 200床以上の病院に「初診に関する特定療養費(非紹介加算)制度」 2006年10月 従前の特定療養費編成が見直され、「評価療養」と「選定療養」とに再編成 選定療養＝差額ベッド代、200床以上の病院の初診(初診時選定療養費)など 2016年4月 特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院に「選定療養費の徴収が義務化」 2018年4月 特定機能病院と400床以上の地域医療支援病院に「選定療養費の徴収が義務化」 2022年4月 負担額の引上げ</p> <p>2006年度、診療報酬本体と選定療養を結びつける「初診時の選定療養費」の徴収を「入院時医学管理加算」の算定要件とした際にも、「国民皆保険制度の『必要に応じて医療を平等に現物給付する』精神を覆し、公的保険制度の解体、実質「混合診療」につながり、日本の医療制度を根幹から破壊する」ものとして撤回を求めました。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。</p>
	個人 年齢:65~74 歳 職業:医師	①~⑮	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。
⑮	関係団体	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。	「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。
⑮	関係団体	「特別な料金」の増額	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。
⑮	関係団体	現行の1/4実費負担を、1/2もしくは100%にする。	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いため。
⑤	関係団体	医療機関の定める時間でなく、時間外加算のように平日19時以降、土曜日13時以降等一律に時間を定めた方が公平と考えます。 時間外診療費は、こども医療費の対象外にすべきと考えます。	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。救急センター等では、こども医療費で無料だからと夜18時以降又は土曜日13時以降に並んで通常受診に近い形式での受診が常態化し、本来の救急医療に支障をきたしていると各地域で聞きますので、時間外についてはこども医療費の対象外とし、選定療養とすべきと考えます。
⑮	関係団体	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。	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ため。

類型	提出者	具体的内容	理由
⑮	関係団体	現状「医療上の必要性」に医師がレ点を入れた場合、選定療養の対象にならないが、「医療上の必要性」で変更不可にレ点を付けても良い薬剤の明確化があっても良いのではないかと思う。	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。
⑮	関係団体	先発医薬品を希望した患者の負担割合の増加、外用薬の負担金計算方法の改訂	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ないため、内用薬に比べて先発医薬品希望者が多いから。
⑩	関係団体	1ヶ月8回を超える受診	過剰受診と思われるから。
⑮	関係団体	優先すべきは医薬品の安定供給であり、現下の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である。	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。 また、薬価が変わるたびに選定療養の対象品目が変わる制度についても、患者に混乱を生じている。
⑮	関係団体	先発医薬品と後発医薬品で包装単位が異なる場合は、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。 例:ヒルドイドフォーム 0.3% 92g → ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3% 100g
⑮	関係団体	長期収載品の薬価と後発医薬品最高価格が僅差の場合は、長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対象医薬品から除外する。	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。 例:アムロジンOD錠 2.5mg1日1錠 30日分に係る費用(自己負担率3割) 薬価 11.30 後発医薬品最高価格 10.40 長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1【a】 0.23 保険外併用療養費の算出に用いる価格【b】 11.07 全額保険の場合 選定療養の場合 保険分・所定単位(1剤1日分)あたり 11.30円×1錠=11.30円 → 1点 ・30日分 1点×30日=30点・所定単位(1剤1日分)あたり 11.07円【b】×1錠=11.07円 → 1点 ・30日分 1点×30日=30点 特別の 料金なし・所定単位(1剤1日分)あたり 0.23円【a】×1錠=0.23円 → 1点 ・30日分 1点×30日=30点 患者 自己 負担 30点×10(円/点)×0.30=90円 30点×10(円/点)×0.30=90円 30点×10(円/点)×(1+0.10)=330円 90円+330円=420円
⑮	関係団体	先発品を選択する患者は現行の負担額ではジェネリックに変更検討には至っておらず、特別の料金を先発医薬品の薬価の100%とする方が良い。	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。

類型	提出者	具体的内容	理由
⑮	関係団体	選定療養費差額分について	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、差額分全額負担でもいいのではないかと思います。
⑮	関係団体	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。	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。
⑥	関係団体	次の項目の廃止を要望します。 病院の初診に関する基準 (5)国の公費負担医療制度の受給対象者については、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして、初診に係る特別の料金の徴収を行うことは認められない。	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が、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、上記基準については、その方向性に逆行し、病院に負担を課す内容であり、廃止すべきと考えます。
①	関係団体	特別の療養環境の提供における、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割まで引き上げること。	療養環境の向上に対するニーズの高まりを受け、当院でも特別室の整備を進めているところだが、地方公共団体が開設する病院にあっては病床数の3割以下とされている。しかし、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。機能分化・役割分担が目指されている中で、同じ役割を果たしている病院には同じ基準を適用するべきであり、公立病院においても本則の5割にまで引き上げるべきと考える。
⑩	関係団体	⑩ 制限回数を超える医療行為 疾患別リハビリテーションについて、診療報酬上の算定日数制限を超えて医師が必要と判断し、患者も継続を希望する場合は、選定療養として自己負担での実施を認める制度を導入してほしい。現行制度では全額自費扱いとなるが、選定療養として位置づければ、保険との併用を可能にし、患者負担の軽減と継続的な機能回復支援が期待できる。	⑩ 制限回数を超える医療行為 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。現行制度では保険給付が打ち切られると全額自費となり、継続を断念する患者も少なくない。選定療養として費用徴収を認めることで、医学的妥当性のあるリハビリが現実的な選択肢となり、患者・医療機関双方にとってメリットがある。
⑮	関係団体	⑮ 長期収載品後発医薬品があるにも関わらず患者都合で先発医薬品の処方をする際には、後発医薬品と先発医薬品の差額1/4相当を患者から徴収することとなっているが、先発医薬品に対し後発医薬品がいくつか存在する場合は、薬価が一番高い後発医薬品との価格差で計算する等、徴収料金について患者への説明が困難な場合がある。そのため、差額の1/4ではなく差額すべて(例:差額が40円の場合、10円ではなく40円)の徴収を行うよう制度を明確化する、又は制度の廃止を検討していただきたい。	⑮ 長期収載品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ます。
⑥	関係団体	200床以上の病院については、選定療養ではなく徴収を義務化すべきであると考えます。	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ます。

類型	提出者	具体的内容	理由
⑮	関係団体	長期収載品の処方等又は調剤に関する料金の負担割合の増加	負担金の増加により、後発医薬品への移行が進む。
⑮	関係団体	選定療養の対象となった品目については、薬価改定により先発医薬品と価格が逆転した場合でも、引き続き対象から外さないようにしていただきたい。	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。
⑮	関係団体	選定療養費の対象となる範囲について、現行では長期収載品のみだが、それを後発品が存在する医薬品全てに拡大。 自己負担の割合についても25%から最低でも50%以上に上げる。 また、医師が「変更不可(医療上必要)」とした場合であってもその対象とする。	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。 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。 医師が「変更不可(医療上必要)」としてきた中に、本人が後発品を使いたくないけど、自己負担が増えるのも嫌なので先生にお願いした、という事例がかなり多いため。 保険で保障するのは後発品の値段までで、先発品は嗜好品として自己負担を増やした方が良い。
⑮	関係団体	現在、医薬品の確保に日々追われており、通常業務にも大きな負担がかかっている状況である。患者に使用する医薬品も供給不足のため頻繁に変更せざるを得ず、大変なご不便をかけている。このままでは、医薬品そのものに対する不信感を招きかねないと考え。そのため、医薬品が安定して確保できる体制が整うまでは、本制度を停止すべきと考える。	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。
⑮	関係団体	長期収載品に係る選定療養制度については、以下の点を踏まえた見直しが必要である。 対象医薬品を薬価改定のたびに変更するのではなく、現場運用に配慮した制度設計とすること。 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する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。	現行の長期収載品に関する選定療養制度は、以下の理由により、医療現場や患者にとって著しくわかりにくく、トラブルが多発している。 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。 生活保護受給者については、追加徴収が法的に求められているにもかかわらず、現場職員が理不尽なクレームに晒されるなど深刻なトラブルが生じている。 以上の点から、制度の運用可能性・公平性・説明可能性の観点から、現行の取扱いについて早急な見直しが必要であるとともに、薬価制度についても検討が必要と考える。
⑮	関係団体	① 点数に直して計算する方法をやめるべきと思います。 ② 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。	① 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、見直すべきと思います。昨年度にクロチアゼパム5mgで計算したところ、差額の4倍いただくことになりました。 患者さんへの説明において、差額の1/4とは言えない状況にあります。 ② 例えば、アレグラ60mgのジェネリックに関してはAGであった「SANIK」は非該当だが、他は該当するということになっています。「SANIK」に関してはアレグラよりも薬価が高くなっており、ジェネリックとしては外されていますが、現場としては困惑しております。4月以降は先発よりも高い薬となり、患者さんに渡せないで、デッドストックになってしまいました。薬局の経営に対してもっと丁寧な対応を望みます。医薬品の欠品も全く解消されない中、ジェネリックに対して新しい取り組みをされると、在庫の確保や患者さんへの説明が更に必要になるため、皆疲れております。
⑮	関係団体	後発医薬品が発売された際には、当該先発医薬品を一律に選定療養の対象とする明確な基準を制度上に設けること。	後発医薬品は、国の承認制度に基づき品質・有効性・安全性が担保されており、制度としてその信頼性を前提としている以上、運用面においてもそれを反映する仕組みが求められます。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

類型	提出者	具体的内容	理由
			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。
⑮	関係団体	長期収載品を選定療養として選択した場合の患者負担割合（現行：薬剤費の4分の1）について、後発医薬品のさらなる使用促進を目的として、一定の引き上げを検討すること。	現行制度では、長期収載品を選定療養として希望する際、後発医薬品との差額分の一部（薬剤費の4分の1）を患者が負担する仕組みとなっており、多くの患者はその負担の大きさを考慮して後発医薬品を選択していません。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。
⑥	関係団体	ア)小児科の除外 イ)病院自身の選択制にしてはどうか	ア)高校3年(18才)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。 イ)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。
⑥	関係団体	地方の医療機関を選定療養費から除外	・初診時に医療保険が適応とならない選定療養費をとることで、当院のような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。 ・イギリスのような、かかりつけ医制度が整備されていない日本では、患者に受診医療機関を選定できる自由があり、医療機関も応需する自由がある。選定療養費がその自由を阻害している。当院のような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。制度の見直しを強く求める。
⑮	関係団体	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。	後発医薬品の確保が担保されない状況における本制度の運用は、患者の混乱を招く可能性があるため。
⑮	関係団体	選定療養制度導入により、これまで後発医薬品を敬遠していた患者が後発医薬品へ変更されるようになった方もおり、医療費削減には有効な制度であること、また、この制度により頻繁な薬価改定による薬価引き下げを抑制できるのではないかと考える。 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。また、市場後年数及び置換率の引下げをしていただきたい。	医療費削減を目的としているので、変更により差額が出ない医薬品は除外すること、速やかに対象とすることは問題ないと思われる。
⑮	関係団体	選定療養に係る特別の料金を、4分の1から全額自己負担にしてはどうか。	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(可能な方策は全て行うべきと考えるため)。
⑥	関係団体	下記(2)に述べた理由により、減額もしくは徴収しないというほうが良いかもしれません。	当院のような地域では、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ります。 このような現状で、一律200床以上を大病院と定義し追加料金を徴収するのは、本来の患者の選別に有効に機能するとは思えず、むしろアクセスに対する障害になるかもしれないと考えております。
④	関係団体	(1)待機時間及び診療時間の条件の緩和について予約診療では、予約時間から一定時間(30分程度)以上患者を待たせた場合は、予約料の徴収は認められない。また、予約患者ではない患者についても、概ね2時間以上待たせることのないよう、適宜診療を行う。とされており、予約患者及び予約外患者の待機時間の把握が必要であるが、患者ごとに待機時間を把握することが難しいため、待機時間の計測方法として、予約時間とカルテのアクセスログ時間との差を計算す	(1)待機時間及び診療時間の条件の緩和について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。また、診療時間についてもカルテ情報の自動的な算出方法以外は、診療開始・終了時刻を把握することが困難である。これらを解決するための新たなシステム導入や業務を行うための人員の確保は、時間や費用を要し、患者の利便性向上に時間を要するため。(2)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について高度の医療を提供する特定機能病院では、標榜診療科において、高度な専門的な診療を専門外来で行っている。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。については、実施報告書を標榜科ではなく、専門外来で行うべきと考える。

類型	提出者	具体的内容	理由
		<p>るなど、簡易な方法での条件に緩和してほしい。また、予約患者については、予約診察として特別の料金を徴収するのにふさわしい診療時間(10分程度以上)の確保に努めるが、待機時間と同様に診療時間の把握も難しいため、該当患者と次の患者とのアクセスログ時間の差を計測するなど、条件を緩和して欲しい。(2)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について予約に基づく診察に関する料金については、予約診療を行う標榜科ごとに実施報告書を記載することになっているが、専門外来ごとの実施報告書に見直しを提案する。(3)また、患者の都合で予約時間を繰り上げする場合などの「エクスプレス予約システム」なども技術的対応ができれば、選定療養に加えたい。</p>	
①	関係団体	<p>類型番号①の見直しとして、外来診療における患者の希望によるプライバシーを配慮した診療において、他の患者の診察室と物理的距離(心理的距離)の離れた特別の診察室(特別室など)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で設定するのはどうか。</p>	<p>患者の様々な要望により特別診察室を設置している病院があると思うが、現状の保険診療では他の患者との料金の差別化が図られる不公平感があるように感じられる。また、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と感じた(外来化学療法センター、透析なども含む)。</p>
⑮	関係団体	<p>長期収載品において患者都合で先発医薬品を希望した場合、特別の料金を支払うが、その算出方法が複雑であると思われる。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と。例えば、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。</p>	<p>選定療養の案内のチラシでは、先発医薬品と後発医薬品の差額が大きい薬剤で、計算しやすくわかりやすい図になっているが、薬剤の差額が少額である場合、計算式に則って計算すると内服薬は高額になる傾向がある。薬剤師会に問合せがあり、患者さんが自分の薬の薬価を調べて、チラシに基づき薬価の差額1/4として計算したところ、自分が薬局で支払った金額と異なり高い料金を支払ったということだった。厚生労働省の通知を基に差額を点数化して計算する方法を伝えたが、一般人にはその差額の算出方法は理解できないと言われたため。</p> <p>〈処方事例〉 [先発医薬品] テノーミン錠 25mg 1錠 薬価 9.8円 ユリノーム錠 50mg 1錠 11.8円 1日1回朝食後 60日分 (1日分の合計)21.6円 [後発医薬品] アテロロール錠 25mg 1錠 薬価 5.9円 ベンズプロマロン錠 50mg 1錠 9.7円 1日1回朝食後 60日分 (1日分の合計)15.6円 [差額の計算] テノーミン錠 9.8円 (GE 5.9円) ユリノーム錠 11.8円 (GE 9.7円) それぞれ薬の値段の差額 1日あたり 合計 6円 60日分で 360円、さらに 1/4 は 90円になるはずだが、実際に支払った選定療養の特別の料金は 660円であった。</p>

類型	提出者	具体的内容	理由
③	学会	<p>○ 金属床義歯の適用拡大(総義歯以外を追加)</p> <p>現在の選定療養は、金属床総義歯に限定して認められているが、金属床局部義歯の一部についても認めることとする。</p> <p>従来技術での技術料差額についてはわかりやすい体系となるようにする必要があるので、可能であれば、材料差額の部分を選定療養の対象とすることについても、検討の余地があり、関係者間のコンセンサスが得られるようであれば、材料差額のみ対応も現実的な制度に反映される余地があると考えられる。</p>	<p>現行の金属床総義歯は、中医協歯科問題小委での意見等を踏まえ、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していく上では、金属床の局部(部分床)義歯への導入も必要となる。</p> <p>なお、各国立大学では、附属病院で自費等の診療についての料金規則を定めており、年に1回以上の見直しが行われ、東京医科歯科大学歯学部附属病院の規則では、本提案に関連する床義歯の部分について、金属床(コバルトクロム床、チタン床、白金加金床、特殊義歯)で片顎、両顎クラスプ加算(1個につき)アタッチメント類の追加料金(設計料こみ)等の設定がされている。また、関連の補綴技術についても金額設定がされており、これらの規則をある程度準拠するとともに、対象とならない自費診療の区分を明確化すれば、問題はないと史料される。</p>
⑥	学会	<p>初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。</p>	<p>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。</p>
⑮	関係団体	<p>選定療養対象となった品目を後に対象外とすることは、理解できる理由が無ければ避けること。</p>	<p>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は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。それを患者さんに対して説明が困難、さらに薬剤師への不信感につながる</p>
⑥	関係団体	<p>特定機能病院、紹介受診重点医療機関等にて、患者希望による新たな診療科を受診する場合の初診時の選定療養費について、同日の受診の有無に関わらず算定出来るよう拡大の見直し</p>	<p>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。</p>
①	関係団体	<p>特別の療養環境の提供に係る基準に関する事項に定める「患者に妥当な範囲の負担を求めることを認める」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割程度まで緩和していただきたい。</p>	<p>入院患者にとって療養環境は、治療と生活にかかわる重要な要素である。他者に治療行為を見られる可能性という要素だけでなく、自他ともに臭いや声・音などのプライバシー保護を重視するニーズは多く、入院中の環境・ストレスは患者の治療進度にも大きく影響する。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。</p>
⑩	関係団体	<p>がん遺伝子パネル検査</p>	<p>当該検査については、標準治療がない、または局所進行または転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者(終了が見込まれる者を含む)等に対し患者1人に対し1回(内容により2回)が保険適応の対象となっているが、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)</p>

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

提出者	具体的内容	理由
個人 年齢:65～74 歳 職業:医師	WEB 予約システム使用に伴うシステム使用料	医療機関の待ち時間の短縮及びスタッフの勤務時間及び勤務内容の適正化のために WEB 予約システムを使用しております。 使用することにより上記の効果が得られていると感じます。 しかし、現状ではこのシステムの使用料については完全に院内からの持ち出しとなっております。 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。 同様に WEB 予約システムを使用しているクリニックであるにも関わらず予約を取らずに受診される患者さんについては、選定療養費として別途金額を徴収しても良いと考えます。
個人 年齢:65～74 歳 職業:医師	予約キャンセル料	検査、手技、手術については労力がかかることから予約制にしてスタッフの確保、時間の確保を行っているクリニックも多いです。この状態に対して無断でキャンセルされることは、スタッフの勤務時間及び消耗品(別途準備する必要があったり、後日に回せないものもあります)がすべて無駄になってしまいます。 もちろんその時間の医業収入ありません。 レストランやホテルなどの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いる事例です。 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。
個人 年齢:20～39 歳 職業:その他医療従事者	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為。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。
個人	通訳の手配など在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。

4. その他

提出者	具体的内容	理由
個人 年齢:40~64 歳 職業:薬剤師	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。病院の赤字経営の軽減。薬局で言えばドラッグストアは小売売上有る為、仕入消費税の相殺が出来、不公平感の是正につながる。 この件は食品の消費税 イートインとテイクアウトの違いの2%の違いより晴かに大きい不公平是正。売上消費税を作るためにボランティア、2次卸(実際は広域卸が代行して医薬品の流通をしている。伝票は2次卸伝票で納品、事実上労務提供に値する)等の抜け道を増やさない。
個人 年齢:65~74 歳 職業:薬剤師	今回は新規案の提案ではなく、検討する案の反対です。財務省の資料の中で「OTC 類似薬の保険適用の在り方の見直し」で保険外併用療養費制度の活用し、例えば「新たな選定療養」と位置付ければ、OTC 類似薬についてのみ切り出されて自己負担となる。とあります。選定療養は、患者さんが選べるから選定療養であり、「新たな選定療養」と位置付けることは考えられないため、このようなことを検討すること自体反対である。(意味が分からない)	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。
個人 年齢:40~64 歳 職業:その他医療従事者	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。
関係団体	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ので。
関係団体	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(薬局独自ポイント・共通ポイント)については、明確に原則禁止とすべきである。一方で、クレジットカードや電子マネー等、汎用性の高い支払手段によるポイント付与については、患者の利便性向上の副次的結果としてやむを得ない範囲で認めるものとし、制度上もその区別を明文化すべきである。また、薬局がポイント付与をどうしても希望する場合には、対象行為を選定療養と位置づけ、患者からの費用徴収(自己負担)を伴うオプションサービスとしてのみ容認する制度設計とする。つまり、本来保険で等しく提供されるべきサービスと、追加的インセンティブ提供を明確に制度上区別し、後者は選定療養として扱うことが必要である。	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ためである。特に、共通ポイントの運営では、患者の薬局利用データが外部提供されている可能性があり、プライバシー・医療情報管理の観点からも問題がある。さらに、現行制度上はポイントによる「支払い」は認められていないにもかかわらず、実際にはチャージ機能等を通じて実質的な値引きに近い行為が発生している。一定の追加的サービスを提供したい場合には、患者からの同意と費用徴収を前提とする選定療養の枠組みで対応するのが適切であり、制度の公平性と保険医療の中立性を保つ上で必要である。
個人 年齢:40~64 歳 職業:その他医療従事者	一部病院団体より主張されている、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する	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。

提出者	具体的内容	理由
個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者	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。
個人 年齢:40~64歳 職業:その他医療従事者		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医薬品メーカーの法令違反により、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。
個人 年齢:20~39歳 職業:その他医療従事者	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。CMなどでピロリ菌について啓蒙をしているのを見ますがその割に保険適応が厳しいと感じます。
関係団体	現状生活保護受給者が対象外だが対象にすべき。	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から。
関係団体	優先すべきは医薬品の安定供給であり、現下の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である。	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。 また、薬価が変わるたびに選定療養の対象品目が変わる制度についても、患者に混乱を生じている。
関係団体	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。
関係団体	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。
関係団体		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。 医師の変更不可に足しても保険審査でのチェックなりが必要なのではないのでしょうか
関係団体	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	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。
関係団体	生活保護における調剤については、原則として後発医薬品を提供することになっているが、患者の意向で先発医薬品の使用を希望される場合には、選定療養としての取扱いにより、調剤を可能とすること。	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。
関係団体	後発医薬品の薬価が先発品を上回るにより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。
関係団体	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。	保険種別により対応に差は生じないはずであるが、現場では対応に苦慮している。
関係団体	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だと思います。	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で Excel のデータなど検索しやすいものが欲しいです。
関係団体	選定療養に係る料金について、非課税にすべきと考える。	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。