

中央社会保険医療協議会 総会（第 640 回）議事次第

令和 8 年 1 月 9 日（金）
10:00～

議 題

- 物価対応について（その 1）
- 選定療養等募集を受けた対応について
- 個別事項について（その 2 1）近視進行抑制薬の処方に係る検査について
- これまでの議論の整理（案）について

物価対応について（その1）

令和8年度診療報酬改定について (令和7年12月24日大臣折衝事項)

1. 診療報酬 **+3.09%** (R 8年度及びR 9年度の2年度平均。R 8年度+2.41%、R 9年度+3.77%) (R 8年6月施行)

※ 1 うち、賃上げ分 **+1.70%** (2年度平均。R 8年度+1.23%、R 9年度+2.18%)

- ・医療現場での生産性向上の取組と併せ、R 8・R 9にそれぞれ3.2%（看護補助者、事務職員は5.7%）のペアを実現するための措置
- ・うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※ 2 うち、物価対応分 **+0.76%** (2年度平均。R 8年度+0.55%、R 9年度+0.97%)

- ・特に、R 8以降の物価上昇への対応として+0.62%（R 8年度+0.41%、R 9年度+0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。（病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%）
- ・また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院（大学病院を含む）が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※ 3 うち、食費・光熱水費分 **+0.09%** (入院時の食費基準額の引上げ（40円/食）、光熱水費基準額の引上げ（60円/日）)

- ・患者負担の引上げ：食費は原則40円/食（低所得者は所得区分等に応じて20～30円/食）、光熱水費は原則60円（指定難病患者等は据え置き）

※ 4 うち、R 6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 **+0.44%**

- ・配分に当たっては、R 7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持（病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%）

※ 5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 **▲0.15%**

※ 6 うち、※ 1～5以外の分 **+0.25%** 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

2. 薬価等

薬価：**▲0.86%** (R 8年4月施行)

材料価格：**▲0.01%** (R 8年6月施行)

合計：**▲0.87%**

3. 診療報酬制度関連事項

- ① R 9年度における更なる調整及びR 10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ②賃上げの実効性確保のための対応
- ③医師偏在対策のための対応
- ④更なる経営情報の見える化のための対応

4. 薬価制度関連事項

- ① R 8年度薬価制度改革及びR 9年度の薬価改定の実施
- ②費用対効果評価制度の更なる活用

大臣折衝における記載

大臣折衝における記載（抜粋）

①令和8年度以降の物価上昇への対応

※2 うち、物価対応分 +0.76%（令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度 +0.55%、令和9年度 +0.97%）。特に、令和8年度以降の物価上昇への対応としては、+0.62%（令和8年度 +0.41%、令和9年度 +0.82%）を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応することとし、それぞれの施設類型ごとの費用関係データに基づき、以下の配分とする。さらに、病院の中でも、その担う医療機能に応じた配分を行う。

病院	+0.49%
医科診療所	+0.10%
歯科診療所	+0.02%
保険薬局	+0.01%

②③令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応

【②基礎的支援分相当】
+
【③救急加算分相当】

※基礎的支援、救急加算は令和7年度補正予算における物価上昇支援での名称

※4 うち、令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。
配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。

病院	+0.40%
医科診療所	+0.02%
歯科診療所	+0.01%
保険薬局	+0.01%

④高度機能医療を担う病院（大学病院を含む）への特例的な対応

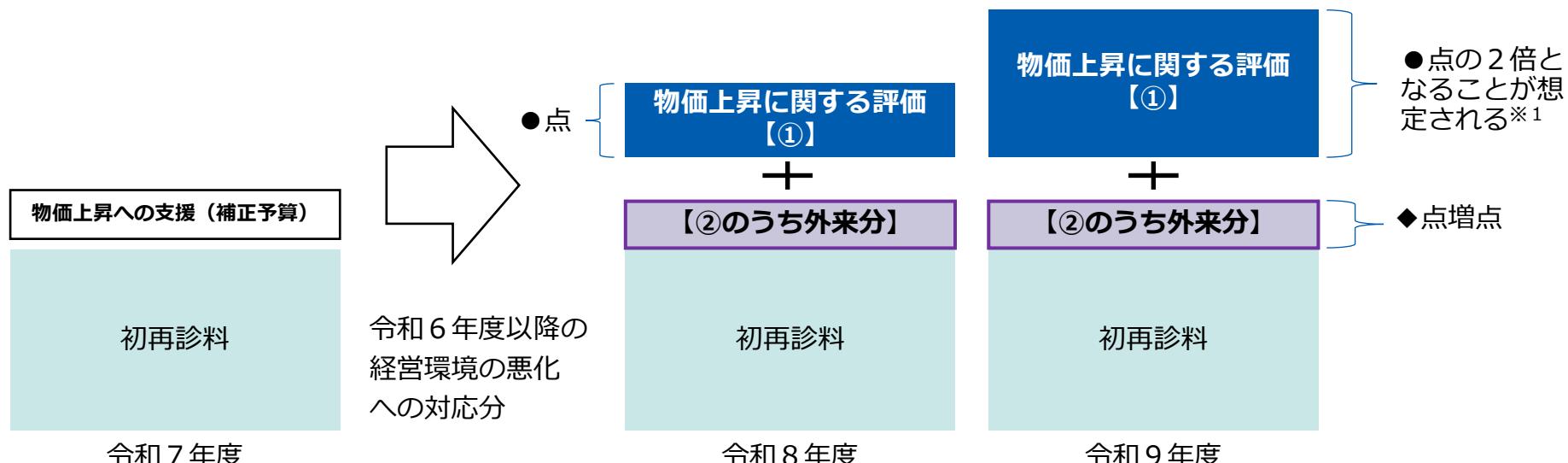
※2 (略)
また、我が国経済が新たな「成長型経済」に移行する段階を迎えるに伴い、賃金と物価がともに緩やかに上昇していくメカニズムが維持されるとの認識の下、今回の改定から本格的な物価対応を講じることとする中で、特に、高度機能医療を担う病院（大学病院を含む。）については、医療技術の高度化等の進展の影響を先行的に受けやすい一方で、汎用性が低く、価格競争原理の働きにくい医療機器等を調達する必要性から物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえ、+0.14%を物価対応本格導入時の特例的な対応として措置することとする。今後の関係調査において実績等を検証し、所要の対応を図る。

外来における物価上昇対応について（案）

- 外来診療に関する物価上昇への対応について、大臣折衝における考え方を踏まえ、以下の通りとしてはどうか。
- ①令和8年度以降の物価上昇への対応については、段階的に対応する必要があることを踏まえ、初・再診料等（初・再診料に加え、訪問診療料や、初・再診料の評価が包括される診療報酬項目を含む）とは別に、初・再診時等に算定できる物価上昇に関する評価を設定する。
 - ②令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和8年度改定時に、初・再診料等の評価に含める。
 - こうした評価の水準については、医科診療所・歯科診療所の改定率を踏まえて設定することとする。

【大臣折衝における記載】

- ① 物価対応分 $+0.76\%$ （令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度 $+0.55\%$ 、令和9年度 $+0.97\%$ ）。
特に、令和8年度以降の物価上昇への対応としては、 $+0.62\%$ （令和8年度 $+0.41\%$ 、令和9年度 $+0.82\%$ ）を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応する
- ②③ 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 $+0.44\%$ 。
配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。
※実際の経済・物価の動向が令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合には
(中略) 令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う。



※ 1 実際の経済・物価の動向がR8年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施

※ 2 薬局・訪問看護ステーションについても同様の考え方で対応

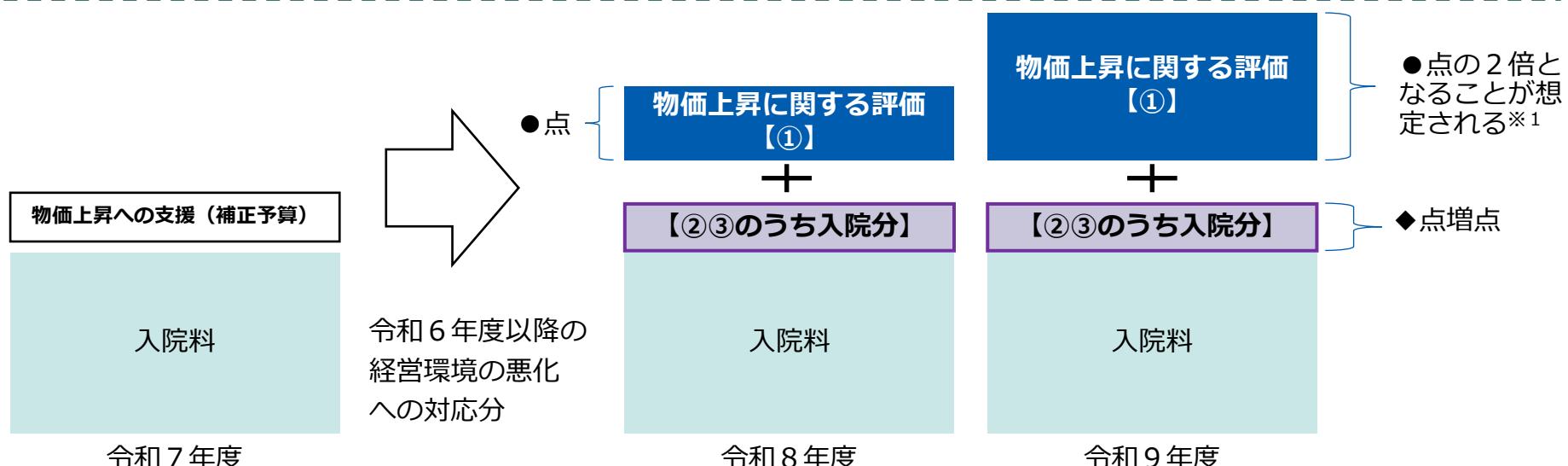
入院における物価上昇対応について（案）①

- 入院診療に関する物価上昇への対応について、大臣折衝における考え方を踏まえ、以下の通りとしてはどうか。
- ①令和8年度以降の物価上昇への対応については、外来における物価上昇対応と同様に、段階的に対応する必要があることを踏まえ、入院料等（入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術等基本料3）とは別に、入院料等の算定時に算定可能な、物価上昇に関する評価を設定する。
 - ②③令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和8年度改定時に、入院料等の評価に含める。

※なお、こうした評価の水準は、病院の改定率（入院・外来を含む）から、前頁による外来診療における物価上昇対応の評価を差し引いた規模となるよう調整する必要がある。

【大臣折衝における記載】

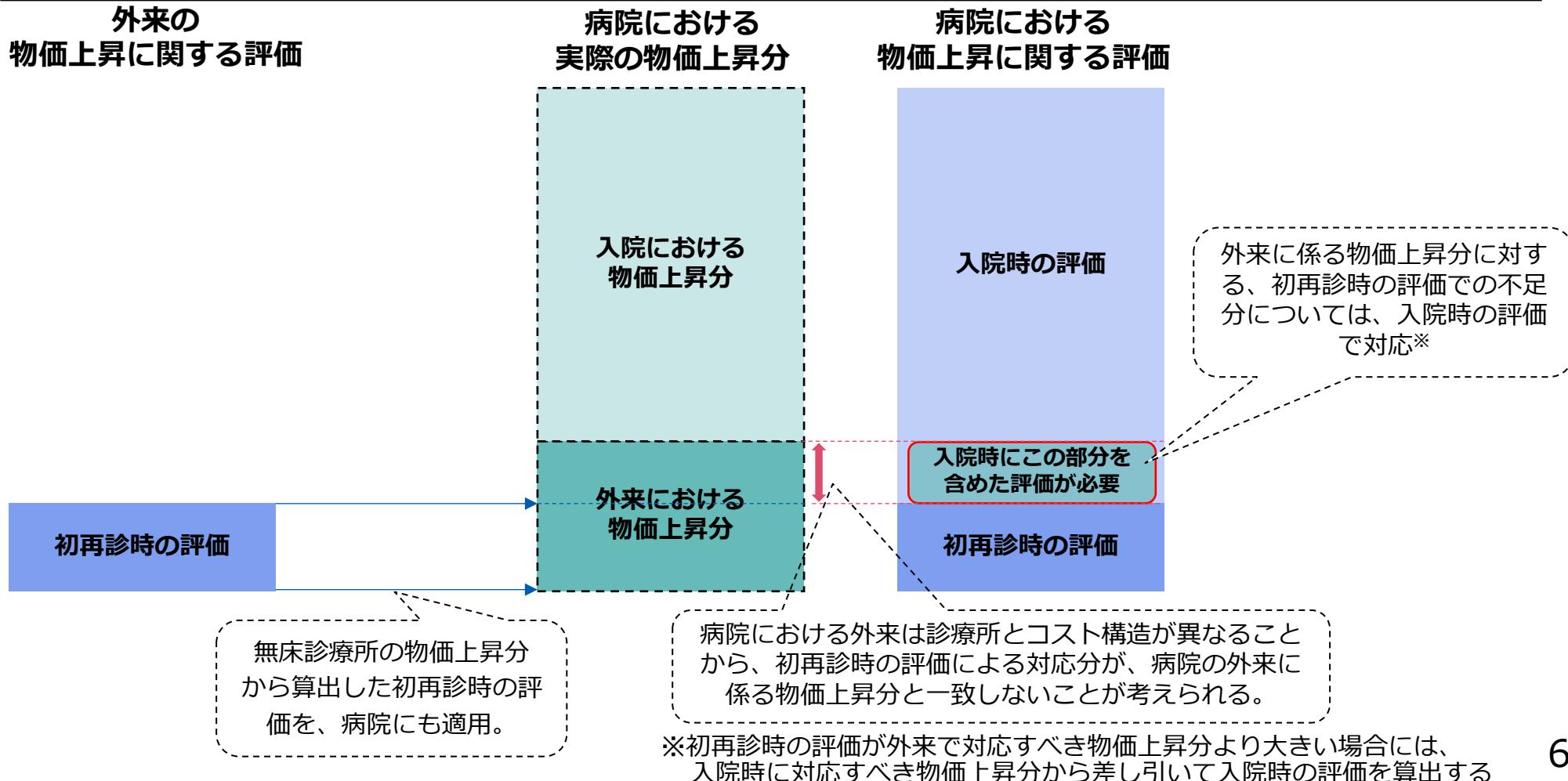
- ① 物価対応分 $+0.76\%$ （令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度 $+0.55\%$ 、令和9年度 $+0.97\%$ ）。
特に、**令和8年度以降の物価上昇への対応としては、 $+0.62\%$ （令和8年度 $+0.41\%$ 、令和9年度 $+0.82\%$ ）を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応する**
- ②③ **令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 $+0.44\%$ 。**
配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、**施設類型ごとのメリハリを維持すること**とする。
※実際の経済・物価の動向が**令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合**には（中略）**令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う。**



※ 1 実際の経済・物価の動向がR 8年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施

病院での外来における物価上昇対応について（案）②

- 病院・有床診療所の外来における物価上昇分への対応については、以下の通りとしてはどうか。
 - ・外来における物価上昇分の評価については、初再診時の評価が診療所と同一となるものの、病院における外来は診療所とコスト構造が異なることから、病院における実際の物価上昇分と一致しないことが考えられる。
 - ・このため、初再診時の評価での対応で不足する外来における物価上昇分については、入院時の評価に当たって補正する。



【○医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援】

施策名:ア 医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援【交付額】

＜病院＞

【基礎的支援】

1床あたり	支援額
賃金分	8.4万円
物価分	11.1万円（※）

※全身麻酔手術件数又は分娩取扱数（分娩取扱数にあっては3を乗じた数）が800件以上、2,000件以上の病院（救急車受入件数3000件未満に限る）にあっては、それぞれ1施設2,000万円、8,000万円を加算。救急加算との併給不可。

【救急に対応する病院への加算】

1施設あたり	救急車受入件数 1件以上1,000件 未満	救急車受入件数 1,000件以上	救急車受入件数 2,000件以上	救急車受入件数 3,000件以上	救急車受入件数 5,000件以上	救急車受入件数 7,000件以上
救急加算額	500万円	1,500万円	3,000万円	9,000万円	1.5億円	2億円

※1 三次救急病院については、救急受入件数が5,000件未満の場合、上記の各区分の加算を適用せず、1億円を加算する。
5,000件以上の場合は、上記の各区分の加算額（1.5億円または2億円）とする。

※2 別途、病床数適正化支援、施設整備等支援及び産科・小児科支援や、食費・光熱費等に対して「重点支援地方交付金」による支援が行われる。

＜有床診療所＞

1床あたり	支援額
賃金	7.2万円
物価	1.3万円
合計	8.5万円

＜医科無床診療所・歯科診療所＞

1施設あたり	支援額	
	医科無床診療所	歯科診療所
賃金	15.0万円	15.0万円
物価	17.0万円	17.0万円
合計	32.0万円	32.0万円

＜保険薬局＞

1施設あたり	支援額 (1法人あたりの薬局数に応じて傾斜配分)		
	～5店舗	6～19店舗	20店舗～
賃金	14.5万円	10.5万円	7.0万円
物価	8.5万円	7.5万円	5.0万円
合計	23.0万円	18.0万円	12.0万円

＜訪問看護ＳＴ＞

1施設あたり	支援額
賃金	22.8万円
物価	(介護より)
合計	22.8万円

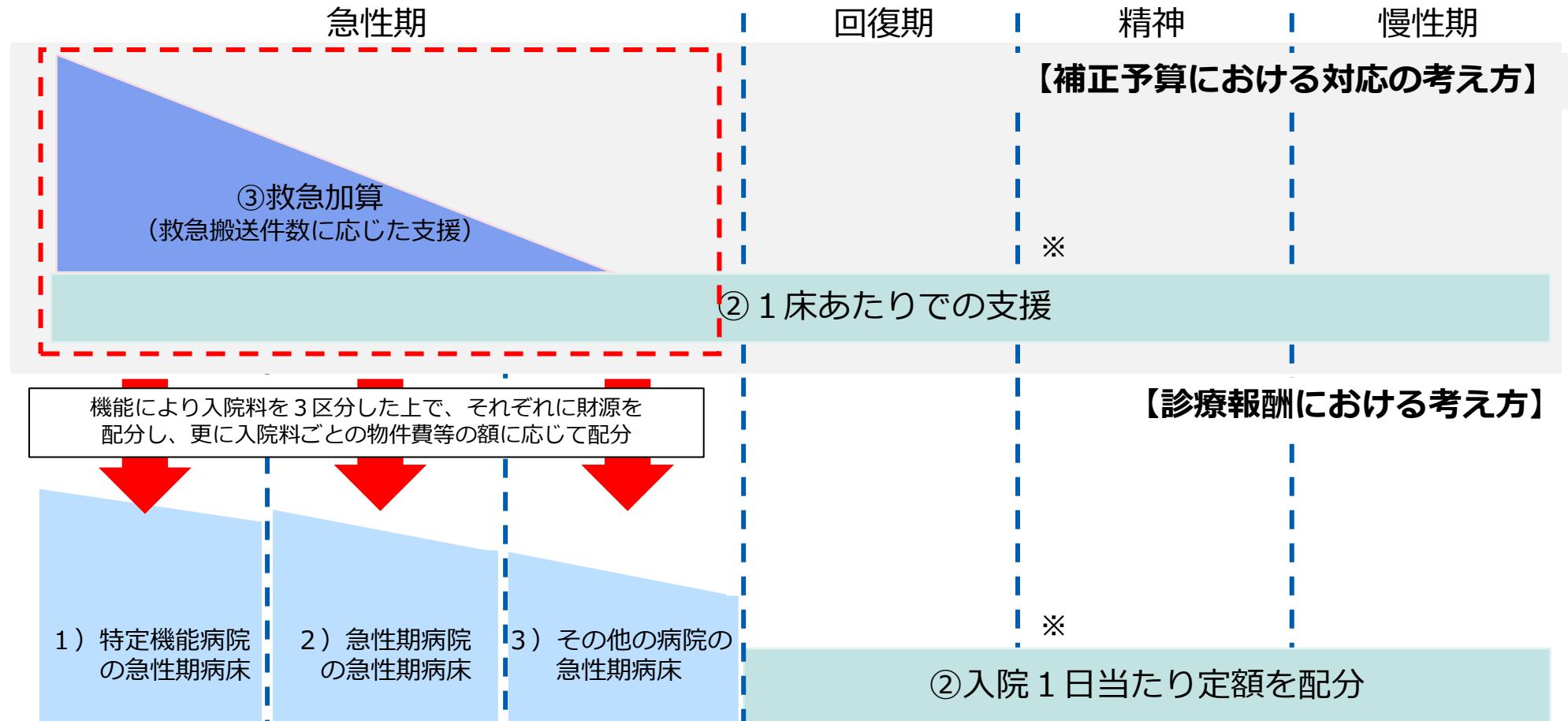
令和7年度補正予算による支援の考え方を踏まえた入院料への配分

- 令和6年度改定以降の経営状況の悪化に対する対応については、大臣折衝において維持するとされた、令和7年度補正予算の考え方を踏まえ、回復期、精神、慢性期については、入院1日当たり定額を配分する。
- 急性期については、財源を一体化した上で、補正予算の配分額に応じて特定機能病院、急性期病院、その他の急性期の3類型へ配分したうえで、①の配分の考え方と同様に、1人1日あたり入院費に応じて配分額を算出する。

【大臣折衝における記載】

②③ 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。

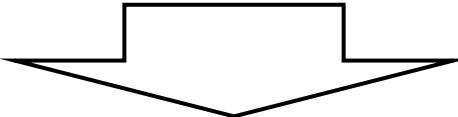
配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。



物価対応に係る課題と論点

- 令和8年度診療報酬改定の改定率にて、物価対応分が+0.76%と設定された。うち、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%を充て、0.14%分は高度医療機能を担う病院が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応に用いるものとしている。
- また、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分として+0.44%を充てることとしている。
- 令和8年診療報酬改定における物価上昇への対応等において大臣折衝事項において、診療報酬に特別な項目を設定することによる対応や、医療機能に応じた配分、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう施設類型ごとのメリハリの維持等が定められている。

【論点】

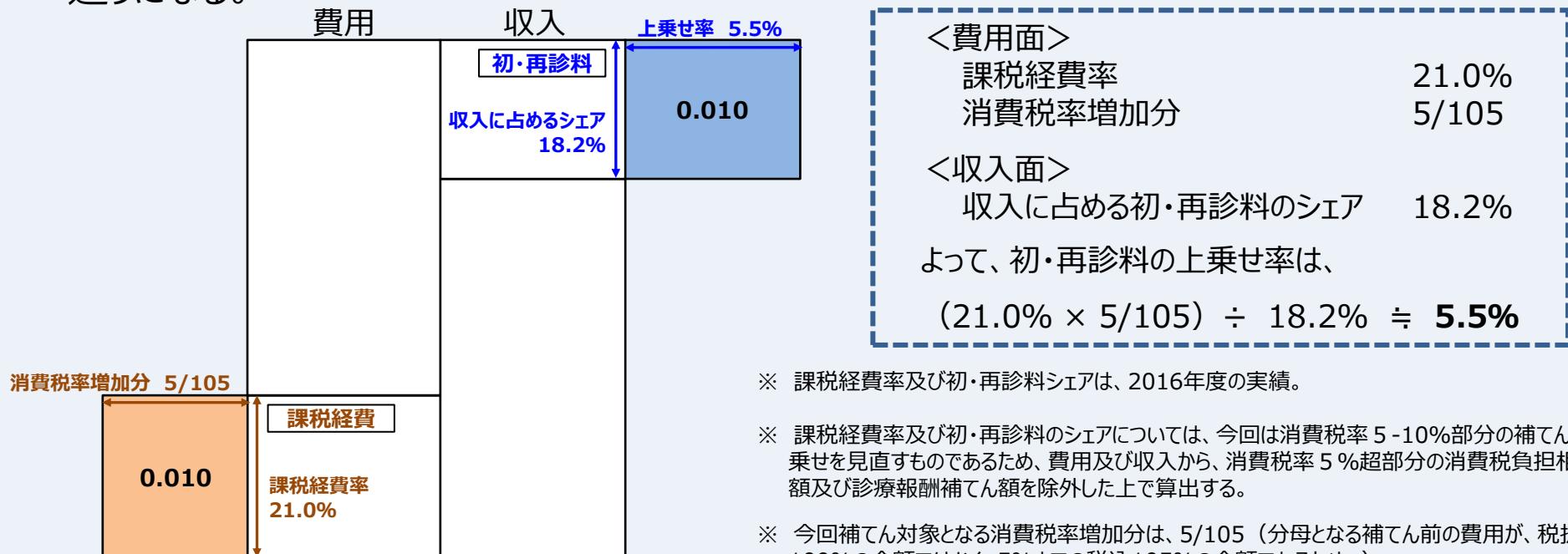


- 診療報酬において、適切に物価高騰への対応を行うことができるよう、次のような考え方で評価を行うことについてどう考えるか。
 - 外来診療に対する物価上昇への対応方法として、令和6年度診療報酬改定以降の、経営環境の悪化への対応分については、初・再診料の増額として対応し、令和8年度以降の物価上昇への対応については、物価上昇に関する評価を設定する。
 - 入院診療に対する物価上昇分への対応として、令和元年の消費税補填における対応も参考にしつつ、グループ分けした入院料毎の物件費率等をもとに、入院料毎の1人1日の入院診療報酬に占める物件費を算出して、入院料に上乗せする評価を設定することを検討する。
 - 高度機能医療を担う病院(大学病院を含む)への特例的な対応分については、その趣旨に沿って、そうした機能を担う病院への評価に上乗せする。
 - また、入院診療に対する令和6年度改定以降の経営状況の悪化に対する対応については、令和7年度補正予算による支援の考え方を踏まえ、回復期、精神、慢性期については、1日あたり定額を配分し、急性期については、財源を一体化した上で、特定機能病院、急性期病院、その他の急性期の3類型への配分額を算出し評価する。

參考資料

【5】初・再診料の配点について

- 「議論の整理」において、初・再診料については、「診療所に配分される財源について、ほぼ全額を初・再診料に充てるのではなく、まず無床診療所（補てん項目は初・再診料のみ）の補てんを考慮して、初・再診料に配分を行うこととし、病院における初・再診料と入院料の比率を変え、入院料の割合を高めることとする。」とされたところ。
- 「議論の整理」に基づいて、無床診療所の収支構造を踏まえると、初・再診料の上乗せ率は以下の通りになる。



- なお、実際の配点においては、点数を整数化する等の調整により、上乗せ率が本資料で示された数値と若干異なる可能性がある点には留意。

【6】配点に際しての入院基本料・特定入院料の分類

- 「議論の整理」において、「入院料に充てられる財源について、病院種別や入院料別ごとの入院料シェアも考慮して、消費税負担に見合う補てん点数を決定することとする。」とされたが、入院基本料と特定入院料の補てん点数の決定方法の詳細等については、検討事項となっていたところ。
- 入院基本料については、
 - ・ 一般病棟入院基本料・療養病棟入院基本料について、療養病床の割合で病院を分類して課税経費率をみる
 - ・ 精神病棟入院基本料について、精神科病院の課税経費率をみる
 といった見直しを行うことで、より実態に即した形で、課税経費率の算出が可能。
- それぞれの課税経費率に応じて、入院料シェアをみていくことになるが、特定入院料については、種類が多く、病院ごとに算定する項目も様々。この点、入院基本料及び特定入院料に係る入院料シェア及びそれぞれの上乗せ率を算出するに当たっては、①特定入院料の機能を踏まえて一定の分類を行い、それらと親和性の高いと考えられる入院基本料と同じ分類とみなして、特定入院料の入院料シェア及び上乗せ率を算出した上で、②入院基本料ごとの入院料シェア及び上乗せ率を算出することとしてはどうか。

＜入院基本料と特定入院料の対応関係に基づく分類＞

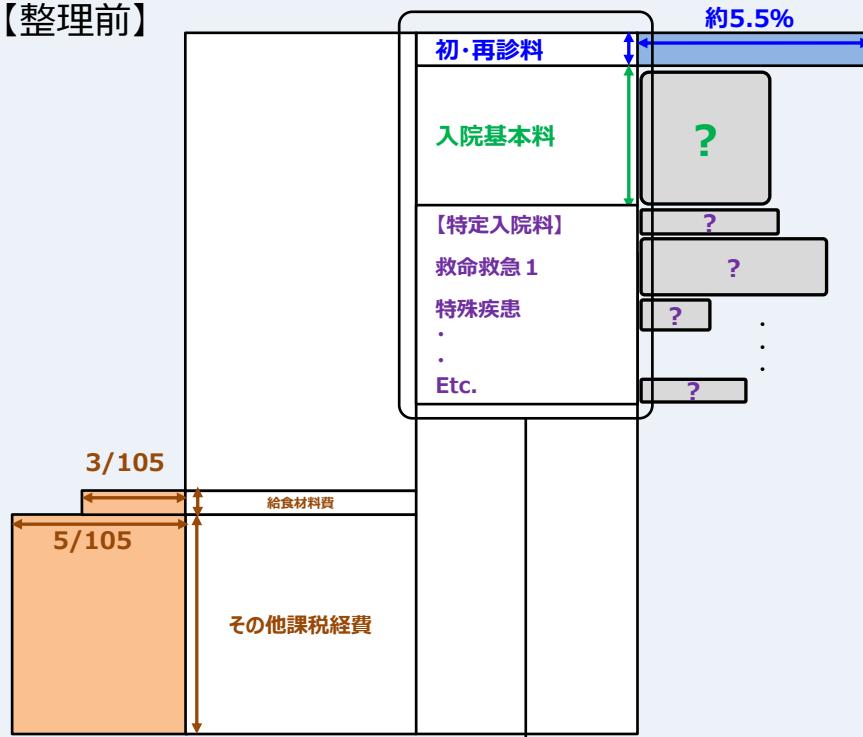
- | | |
|-------------------------------------|-----------------------|
| I. 急性期一般入院料（旧一般病棟7対1、10対1入院基本料）と同一 | 救命救急入院料 1 等 |
| II. 地域一般入院料（旧一般病棟13対1、15対1入院基本料）と同一 | 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 等 |
| III. 精神病棟10対1、13対1入院基本料と同一 | 精神科救命入院料 1 等 |
| IV. 精神病棟15～20対1入院基本料と同一 | 精神療養病棟入院料 等 |

※特定入院料の具体的な分類案については、別添を参照。

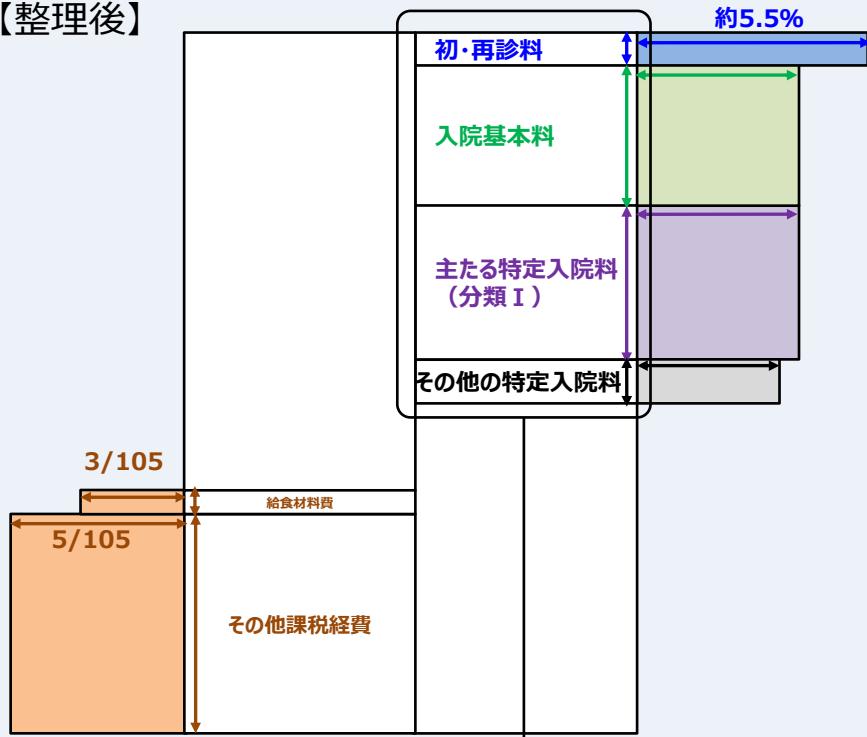
- 特定入院料は種類が多く、病院ごとに算定する項目も様々であり、消費税負担と入院料シェアのバランスをみながら、個別の特定入院料ごとに上乗せ率を算出することは困難。そのため、前頁で説明の通り、特定入院料を大きく4分類に括ることで、以下の図のように病院の収入構造を整理する。

＜一般病院（急性期一般入院料届出）の場合＞

【整理前】



【整理後】



多数の特定入院料が混在し、収入に占めるシェアも異なる。個々に上乗せ率を算出することが困難。

特定入院料を、当該医療機関で算定する主たる分類（図では分類 I）とその他の2つにまとめることができ、補てん対象の収入項目を初・再診料、入院基本料、主たる特定入院料、他の特定入院料の4種類に集約。上乗せ率の算出が容易になる。

- 消費税補てんの収入と費用の構造は以下の表の通り。費用面の負担面積と、収入面の補てん面積が一致し、それに見合う各補てん項目の補てん面積と上乗せ率を求めることがある。

【整理前】

特定入院料が多数混在し、個々に上乗せ率を算出することが困難。

収入	上乗せ率	収入に占めるシェア	補てん面積
初・再診料	5.5%	○%	○○
入院基本料	?	□%	?
特定入院料(救命 1)	?	△%	?
特定入院料(特殊疾患)	?	×%	?
⋮	⋮	⋮	⋮
E t c.	?	⋮	⋮
合計	—	◎ %	▲▲
費用	消費税率増加分	課税経費率	負担面積
給食材料費	3/105	◆%	◆◆
その他の課税経費	5/105	●%	●●
合計	—	▲%	▲▲

【整理後】

特定入院料が2種類になり、補てん項目が4種類に集約され、上乗せ率の算出が容易になる。

収入	上乗せ率	収入に占めるシェア	補てん面積
初・再診料	5.5%	○%	○○
入院基本料	?	□%	□□
特定入院料(I)	?	△%	△△
その他の特定入院料	?	×%	××
合計	—	◎ %	▲▲
費用	消費税率増加分	課税経費率	負担面積
給食材料費	3/105	◆%	◆◆
その他の課税経費	5/105	●%	●●
合計	—	▲%	▲▲

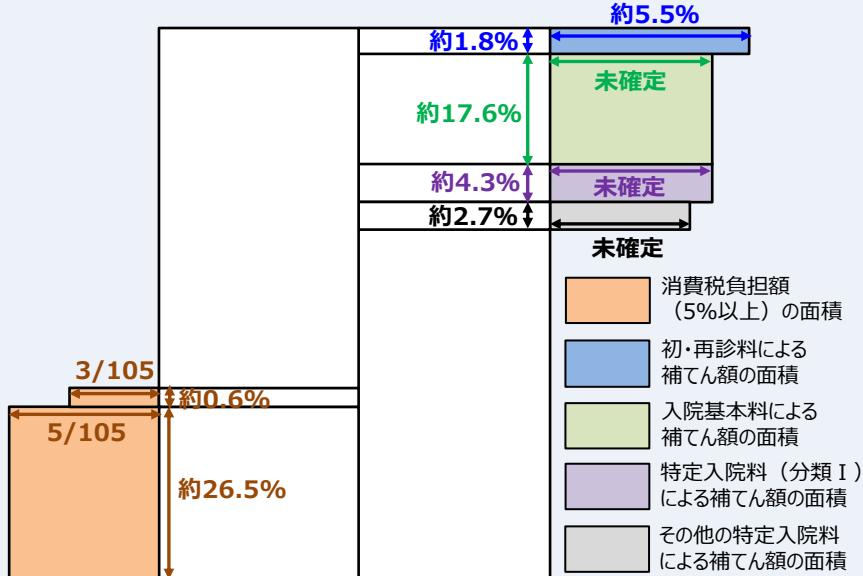
一定の条件の下、面積を算出（次頁参照。）。

- 課税経費率及び入院料シェアについては、5-10%部分の補てん上乗せの土台となるため、費用および収入から、消費税率5%超部分の消費税負担相当額及び診療報酬補てん額を除外して算出する。
- 今回補てん対象となる消費税率増加分は、給食材料費については3/105、その他の課税経費については5/105（分母となる補てん前の費用が、税抜100%の金額ではなく、5%までの税込105%の金額であるため）。

入院基本料・特定入院料の配点について

診調組 税－1－1
3 1 . 1 . 9

例：急性期一般入院料 & 特定入院料（分類I）の上乗せ率を算出する場合



急性期一般入院料 & 特定入院料（分類I）

収入	上乗せ率	収入に占めるシェア	補てん面積
初・再診料	5.5%	1.8%	0.00097
入院基本料	未確定	17.6%	未確定 ①
特定入院料（I）	未確定	4.3%	未確定 ②
その他の特定入院料	未確定	2.7%	未確定 ③
合計	—	26.4%	0.01281
費用	消費税率増加分	課税経費率	負担面積
給食材料費	3/105	0.6%	0.00018
その他の課税経費	5/105	26.5%	0.01263
合計	—	27.2%	0.01281

=

(1) 入院基本料と特定入院料（分類I）をまとめて、収入に占めるシェアを合算する。

$$17.6\% + 4.3\% = 21.8\%$$

急性期一般入院料 & 特定入院料（分類I）

収入	上乗せ率	収入に占めるシェア	補てん面積
初・再診料	5.5%	1.8%	0.00097
入院基本料	4.8%	21.8%	0.01051
特定入院料（I）	未確定	2.7%	0.00132
その他の特定入院料	未確定	2.7%	0.00132
合計	—	26.4%	0.01281
費用	消費税率増加分	課税経費率	負担面積
給食材料費	3/105	0.6%	0.00018
その他の課税経費	5/105	26.5%	0.01263
合計	—	27.2%	0.01281

(2) 未確定①～③の面積合計は、
 $0.01281 - 0.00097 = 0.01183$
 うち、①②を一つとみなし、収入に占めるシェアの比(21.8% : 2.7%)を用いて①～③の面積合計を按分。①②の面積は、
 $0.01183 \times 21.8 / (21.8 + 2.7) = 0.01051$

(3) ①②をまとめた補てん面積を、収入に占めるシェアで除し、上乗せ率を算出。
 $0.01051 \div 21.8\% \approx 4.8\%$

※四捨五入の関係で各数値の内訳と合計の表記が一致しない場合有り。

- 前頁と同様の手法を用いて、分類Ⅱ～Ⅳに該当する入院基本料と特定入院料についても、上乗せ率が算出できる。分類Ⅰ～Ⅳの上乗せ率は以下の通り。
- なお、一般病棟入院基本料については、今回の改定においては急性期一般入院料1～7又は地域一般入院料1～3についての上乗せ率となる点に留意。
- また、実際の配点においては、点数を整数化する等の調整により、上乗せ率が本資料で示された数値と若干異なる可能性がある点にも留意。

急性期一般入院料 & 特定入院料(分類Ⅰ)

収入	上乗せ率	収入に占めるシェア	補てん面積
初・再診料	5.5%	1.8%	0.00097
入院基本料	4.8%	21.8%	0.01051
特定入院料(分類Ⅰ)			
その他の特定入院料		2.7%	0.00132
合計	—	26.4%	0.01281
費用	消費税率増加分	課税経費率	負担面積
給食材料費	3/105	0.6%	0.00018
その他の課税経費	5/105	26.5%	0.01263
合計	—	27.1%	0.01281

精神病棟入院基本料(10対1・13対1) & 特定入院料(分類Ⅲ)

収入	上乗せ率	収入に占めるシェア	補てん面積
初・再診料	5.5%	1.1%	0.00058
入院基本料	2.6%	27.3%	0.00721
特定入院料(分類Ⅲ)			
その他の特定入院料		11.9%	0.00313
合計	—	40.2%	0.01092
費用	消費税率増加分	課税経費率	負担面積
給食材料費	3/105	3.3%	0.00094
その他の課税経費	5/105	21.0%	0.00998
合計	—	24.3%	0.01092

地域一般入院料 & 特定入院料(分類Ⅱ)

収入	上乗せ率	収入に占めるシェア	補てん面積
初・再診料	5.5%	2.4%	0.00134
入院基本料	4.0%	24.7%	0.00933
特定入院料(分類Ⅱ)			
その他の特定入院料		3.8%	0.00153
合計	—	30.9%	0.01281
費用	消費税率増加分	課税経費率	負担面積
給食材料費	3/105	0.6%	0.00018
その他の課税経費	5/105	26.5%	0.01263
合計	—	27.1%	0.01281

精神病棟入院基本料(15対1以下) & 特定入院料(分類Ⅳ)

収入	上乗せ率	収入に占めるシェア	補てん面積
初再・診料	5.5%	1.0%	0.00053
入院基本料	2.2%	40.8%	0.00876
特定入院料(分類Ⅳ)			
その他の特定入院料		7.6%	0.00163
合計	—	49.3%	0.01092
費用	消費税率増加分	課税経費率	負担面積
給食材料費	3/105	3.3%	0.00094
その他の課税経費	5/105	21.0%	0.00998
合計	—	24.3%	0.01092

※四捨五入の関係で各数値の内訳と合計の表記が一致しない場合有り。16

入院基本料・特定入院料の配点について

診調組 税－1－1
3 1 . 1 . 9

- 特定入院料4分類の上乗せ率が全て決まると、4分類以外の残る入院基本料について上乗せ率の算出が自動的に可能となる。
- なお、実際の配点においては、点数を整数化する等の調整により、上乗せ率が本資料で示された数値と若干異なる可能性がある点には留意。

急性期・地域一般入院料（※1）

収入	上乗せ率	収入シェア	補てん面積
初・再診料	5.5%	1.8%	0.00099
入院基本料	4.9%	17.7%	0.00868
特定入院料(Ⅰ)	4.8%	4.2%	0.00200
特定入院料(Ⅱ)	4.0%	2.7%	0.00109
特定入院料(Ⅲ)	2.6%	0.1%	0.00002
特定入院料(Ⅳ)	2.2%	0.1%	0.00002
合計	—	26.5%	0.01281
費用	消費税率 増加分	課税 経費率	負担 面積
給食材料費	3/105	0.6%	0.00018
その他の課税経費	5/105	26.5%	0.01263
合計	—	27.1%	0.01281

療養病棟入院基本料

収入	上乗せ率	収入シェア	補てん面積
初・再診料	5.5%	1.4%	0.00075
入院基本料	1.5%	42.8%	0.00627
特定入院料(Ⅰ)	4.8%	0.9%	0.00041
特定入院料(Ⅱ)	4.0%	7.6%	0.00306
特定入院料(Ⅲ)	2.6%	0.0%	0.00000
特定入院料(Ⅳ)	2.2%	0.0%	0.00000
合計	—	52.6%	0.01049
費用	消費税率 増加分	課税 経費率	負担 面積
給食材料費	3/105	1.5%	0.00043
その他の課税経費	5/105	21.1%	0.01005
合計	—	22.6%	0.01049

精神病棟入院基本料（※2）

収入	上乗せ率	収入シェア	補てん面積
初・再診料	5.5%	1.0%	0.00053
入院基本料	1.9%	20.0%	0.00383
特定入院料(Ⅰ)	4.8%	0.5%	0.00022
特定入院料(Ⅱ)	4.0%	0.0%	0.00000
特定入院料(Ⅲ)	2.6%	7.1%	0.00188
特定入院料(Ⅳ)	2.2%	20.8%	0.00446
合計	—	49.3%	0.01092
費用	消費税率 増加分	課税 経費率	負担 面積
給食材料費	3/105	3.3%	0.00094
その他の課税経費	5/105	21.0%	0.00998
合計	—	24.3%	0.01092

特定機能病院入院基本料

収入	上乗せ率	収入シェア	補てん面積
初・再診料	5.5%	1.0%	0.00055
入院基本料	8.8%	13.3%	0.01171
特定入院料(Ⅰ)	4.8%	4.6%	0.00224
特定入院料(Ⅱ)	4.0%	0.0%	0.00001
特定入院料(Ⅲ)	2.6%	0.1%	0.00002
特定入院料(Ⅳ)	2.2%	0.0%	0.00000
合計	—	19.0%	0.01452
費用	消費税率 増加分	課税 経費率	負担 面積
給食材料費	3/105	0.3%	0.00010
その他の課税経費	5/105	30.3%	0.01442
合計	—	30.6%	0.01452

結核病棟入院基本料

収入	上乗せ率	収入シェア	補てん面積
初・再診料	5.5%	1.4%	0.00076
入院基本料	5.1%	19.3%	0.00991
特定入院料(Ⅰ)	4.8%	4.2%	0.00201
特定入院料(Ⅱ)	4.0%	1.4%	0.00057
特定入院料(Ⅲ)	2.6%	0.0%	0.00000
特定入院料(Ⅳ)	2.2%	0.1%	0.00002
合計	—	26.4%	0.01327
費用	消費税率 増加分	課税 経費率	負担 面積
給食材料費	3/105	0.6%	0.00018
その他の課税経費	5/105	27.5%	0.01309
合計	—	28.1%	0.01327

専門病院入院基本料

収入	上乗せ率	収入シェア	補てん面積
初・再診料	5.5%	0.8%	0.00042
入院基本料	5.9%	17.4%	0.01026
特定入院料(Ⅰ)	4.8%	4.4%	0.00213
特定入院料(Ⅱ)	4.0%	0.0%	0.00000
特定入院料(Ⅲ)	2.6%	0.0%	0.00000
特定入院料(Ⅳ)	2.2%	0.0%	0.00000
合計	—	22.6%	0.01281
費用	消費税率 増加分	課税 経費率	負担 面積
給食材料費	3/105	0.6%	0.00018
その他の課税経費	5/105	26.5%	0.01263
合計	—	27.1%	0.01281

障害者施設等入院基本料

収入	上乗せ率	収入シェア	補てん面積
初・再診料	5.5%	1.4%	0.00076
入院基本料	2.9%	26.0%	0.00751
特定入院料(Ⅰ)	4.8%	2.5%	0.00119
特定入院料(Ⅱ)	4.0%	5.2%	0.00208
特定入院料(Ⅲ)	2.6%	1.0%	0.00027
特定入院料(Ⅳ)	2.2%	0.9%	0.00018
合計	—	36.9%	0.01200
費用	消費税率 増加分	課税 経費率	負担 面積
給食材料費	3/105	1.2%	0.00033
その他の課税経費	5/105	24.5%	0.01167
合計	—	25.7%	0.01200

(※1) データ抽出対象は、分類Ⅰと分類Ⅱの急性期・地域一般入院料を算定している病院。ここで算出される入院基本料の上乗せ率は、分類Ⅰと分類Ⅱ以外の急性期・地域一般入院料（特別入院基本料）に適用。

(※2) データ抽出対象は、分類Ⅲと分類Ⅳの精神病棟入院基本料を算定している病院。ここで算出される入院基本料の上乗せ率は、分類Ⅲと分類Ⅳ以外の精神病棟入院基本料（特別入院基本料）に適用。

※四捨五入の関係で各数値の内訳と合計の表記が一致しない場合有り。

選定療養に導入すべき事例等に関する
提案・意見募集の結果への対応等について

1 選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果への対応について

- 9月17日の中医協総会において、選定療養に追加すべき事例等に関する提案・意見募集の結果について、報告を行い、今後、必要に応じて中医協で議論することとした。
- 寄せられた意見について、以下の対応方針としてはどうか。

【対応方針】

- (1) 新たに選定療養に追加するもの

- 以下については、新たに選定療養として追加してはどうか。

近視の進行抑制を効能又は効果として、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第14条第1項又は第19条の2第1項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医薬品の支給
(考え方)

令和6年12月に近視の進行抑制を効能又は効果とするアトロピン硫酸塩水和物が薬事承認されたが、当該医薬品については薬価収載されていないところである。

裸眼視力1.0未満の小中学生の割合は年々増加しており、近視の進行抑制については一定のニーズが存在することが想定される。また、コンタクトレンズの装用を目的として受診した患者が、アトロピン硫酸塩水和物の処方も希望した場合、コンタクトレンズの処方のために行う検査は保険診療であるが、アトロピン硫酸塩水和物の処方は保険外診療であり、保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和32年厚生省令第15号)第19条第1項(保険医の使用医薬品)に抵触するおそれがある。

こうしたことを踏まえ、近視に係る治療を円滑に受けられるようするため、近視の進行抑制を効能又は効果とし、薬事承認を受けている医薬品を選定療養の対象とする。

(2) 既存の選定療養の対象範囲を見直すもの

- 以下の①及び②については、既存の選定療養の対象範囲を見直してはどうか。

- ① 「保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察」に「医師の診察と別日に実施される保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における指導管理（外来栄養食事指導料、心理支援加算、がん患者指導管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料等）」及び「緊急性のない保険薬局が表示する開店時間以外の時間における調剤」を追加する。

（考え方）

国民の生活時間帯が多様化する中で、緊急性のない患者都合による医療機関の診療時間以外における医師の診察と別日に実施される指導管理（外来栄養食事指導料、心理支援加算、がん患者指導管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料等）や、薬局の開店時間以外における調剤は一定の患者ニーズがある。また、患者に対して診療時間内の受診・調剤を働きかけることにより、医療関係職種の負担が軽減されるとともに、医療の質向上にも繋がる。

ただし、緊急やむを得ない事情による時間外の指導管理又は調剤については、現行の時間外診察の選定療養と同様に、患者から特別の料金を徴収することは認めない。

- ② 「医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるもの」に「摂食機能療法」及び「リンパ浮腫複合的治療料」を追加する。

（考え方）

現行、疾患別リハビリテーションについては、患者の治療に対する意欲を高める必要がある場合、医科点数表及び歯科点数表に規定する回数を超えて行った診療について、特別の料金の徴収が認められている。一方、疾患別リハビリテーション以外のリハビリテーション（摂食機能療法等）については選定療養の対象となっていないが、これらについても、一定の患者ニーズがあることを踏まえ選定療養の対象とすることで、患者の治療意欲が高まることが期待される。

(3) 療養の給付と直接関係ないサービス等に追加・明確化するもの

- 以下の①から④については、療養の給付と直接関係ないサービス等に追加してはどうか。なお、関係通知において、患者からの費用徴収が必要となる場合には、患者に対し、徴収に係るサービスの内容や料金等について明確かつ懇切に説明し、同意を確認の上徴収することとすることとされているとともに、徴収する費用については、社会的に見て妥当適切なものとすることが求められている。

① 予約やオンライン診療の受診に係るシステム利用料

(考え方)

予約やオンライン診療の受診に係るシステムを利用することにより、医療機関の診療時間に関係なく診療の予約をすることができるほか、通院負担が軽減するなど、患者の利便性向上に繋がるものであるため。

② 予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料（診察日の直前にキャンセルした場合に限り、かつ、傷病が治癒したことによるキャンセルを除く。）

(考え方)

予約に基づく診察による特別の料金の徴収に当たっては、それぞれの患者が予約した時刻に診療を適切に受けられるような体制が確保されているが、予約のキャンセルに伴い保険医療機関に機会損失が生じるため。

なお、疾病又は負傷が治癒した場合におけるキャンセル料の徴収を可能とすると、不要な診療を惹起するおそれがあるため、傷病が治癒したことによるキャンセルは除くこととする。

③ W i – F i 利用料

(考え方)

インターネットの利用は「療養の給付と直接関係ないサービス等」として既に位置づけており、W i – F i の利用についても同様の取扱いであることを明確化するため。

- ④ 在留外国人の診療に当たり必要となる多言語対応に要する費用（通訳の手配料や翻訳機の使用料など）

（考え方）

在留外国人が増加しているとともに、言語の問題で診療に際しより多くの人員・時間を要することがある。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。

- なお、今回寄せられた意見のうち、上記のもの及び薬剤給付の在り方に関するもの以外については、

- ・ 医療技術評価分科会（医技評）に同様の提案があるなど、療養の給付との関係を整理すべきもの
 - ・ 療養の給付として既に保険適用の対象となっているもの
 - ・ 保険適用の対象となっているものと組み合わせる必要がなく、自由診療として行うべきもの
 - ・ 選定療養や療養の給付と直接関係ないサービス等として、既に患者から費用を徴収することが認められているもの
- 等の理由で対応しないこととしてはどうか。

2 募集で寄せられた提案・意見のうち、薬剤自己負担の在り方の見直しに関するものへの対応について

- 今般の選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集においては、

- ・ 長期収載品の選定療養の見直し
- ・ バイオ後続品のある先行バイオ医薬品の選定療養への追加
- ・ OTC類似薬の選定療養への追加

に関する意見も寄せられている。

- これらについては、別途、社会保障審議会医療保険部会や中央社会保険医療協議会等において議論いただいたところであり、それらの議論や令和8年度予算編成過程を通じて決められた内容を踏まえ、それぞれ以下のとおりとしてはどうか。

【長期収載品の選定療養の見直しについて】

- 長期収載品の選定療養の見直しについては、社会保障審議会医療保険部会や中央社会保険医療協議会における議論の中で、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の水準を価格差の2分の1以上へと引き上げる方向で検討するとされている。
- こうした議論や、令和8年度予算案にかかる「大臣折衝事項」（令和7年12月24日）において、「長期収載品については、（略）後発医薬品の更なる使用促進の観点から、価格差の2分の1相当へと引き上げる」とされたことを踏まえ、患者負担の水準を価格差の4分の1相当から、価格差の2分の1相当へと引き上げる。

【バイオ後続品のある先行バイオ医薬品の選定療養への追加について】

- バイオ後続品の使用促進の観点から、中央社会保険医療協議会において、バイオ医薬品に係る一般名処方のルール整備や、医療機関・薬局におけるバイオ後続品の備蓄等の体制評価について議論しているところである。
- また、社会保障審議会医療保険部会においても、これらの取組や環境整備の進捗状況を注視しつつ、先行バイオ医薬品の薬剤自己負担の在り方については、引き続き検討するとされているところであり、こうした議論等の進捗も踏まえつつ、必要に応じて、今後、中央社会保険医療協議会においても議論する。

【OTC類似薬の選定療養への追加について】

- OTC類似薬の薬剤自己負担の見直しについては、社会保障審議会医療保険部会において議論が行われているとともに、「大臣折衝事項」においても、「OTC医薬品の対応する症状に適応がある処方箋医薬品以外の医療用医薬品のうち、他の被保険者の保険料負担により給付する必要性が低いと考えられるときには、患者の状況や負担能力に配慮しつつ、別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みを創設し、令和8年度中（令和9年3月）に実施する。まずは、77成分（約1,100品目）を対象医薬品とし、

薬剤費の4分の1に特別の料金を設定する」とされている。

- 引き続き、こうした議論等の状況を注視しつつ、必要に応じて、今後、中央社会保険医療協議会においても議論する。

選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果について

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

【意見募集期間】

令和 7 年 4 月 28 日～6 月 30 日

【寄せられたご意見の全体像】

合計：343 件

新たな選定療養の追加に係る提案：140 件

　　医科：77 件

　　歯科：12 件

　　全般及びその他：51 件

既存の選定療養の見直しに係る提案：179 件

療養の給付と直接関係ないサービス等に関する意見：4 件

その他：20 件

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

【参考】選定療養について

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

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

1. 新たな選定療養の追加に係る提案・意見

<医科>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<歯科>

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

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

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

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

<その他>

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

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

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

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

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

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

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

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

	う必要がある。
電子決済手数料	電子決済では、一般的に決済ごとに一定割合の手数料が発生する。しかし現在の診療報酬には、この手数料への配慮はない。
救急外来軽症患者に対する優先診療	救急外来において、トリアージにより緊急度が低いと判断された患者の中には、時間的制約や不安から早期の診療を希望する者が存在する。こうした患者に対して、一定の追加自己負担により、通常の診療順とは別枠で、可能な限り早期に対応する「優先診療オプション」を提供することで、患者満足度の向上と医療資源の有効活用が期待される。
軽症者の救急車両使用	救急車両の適正使用と当該医療機関を含めたこれに関わる人員の負担軽減のため。
時間外 IC 等料金の導入	近年、共働き世帯が増えている一方で、医師の働き方改革も進められている中、医療者との時間調整した結果、診療時間外・休日に IC を求める患者・その家族等が増えてきている。
医師、看護師（同席）の IC（同一内容時）	患者側の都合で同一内容の IC を再度行った場合に、1回目と同様の時間と人員を要すると考えるため。
選定療養の廃止	<p>選定療養の形で保険外負担を増やすことが、医療の中にお金のあるなしによる格差を持ち込むことであり、国民皆保険の足場を掘り崩すことにつながるという問題を厚労省は認識すべき。</p> <p>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。</p> <p>患者窓口負担が増えることは反対です。</p> <p>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、との考え方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。</p> <p>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すること。</p> <p>医療上必要と医師が判断したものは全て保険給付とするべき（保険外自己負担とするべきではない）。さらに、選定療養に依存せずとも医療機関の経営が成り立つような診療報酬にするべき。また、これ以上選定療養費を拡大させるべきではなく、現行選定療養費も改めて保険収載するように検討するべき。</p> <p>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> <p>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。とはいえた医師働き方改革、病床削</p>

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

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

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

2. 既存の選定療養の類型の見直しに係る提案・意見

○特別の療養環境

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

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

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

○予約診療

提案・意見内容	理由
---------	----

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

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

○時間外診療

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

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

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

○大病院の初診

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

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

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

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

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

○大病院の再診

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

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

○180日を超える入院

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

○制限回数を超える医療行為

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

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

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

○歯科の金合金等

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

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

	やすい歯科診療がよいと考える。
--	-----------------

○金属床総義歯

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

○小児う蝕の指導管理

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

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

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

○水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

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

○保険適用期間終了後のプログラム医療機器

提案・意見内容	理由
拡大	睡眠や禁煙などのプログラム医療機器が承認され、診療報酬の対象となっているが、病名がつかなくともプログラム医療機器の使用に対するニーズは高い。そこで、治療に至らないまでであっても、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。
廃止	患者の状態が落ち着くのであれば保険として認めるべきである。
廃止	患者さんが助かる事であれば保険にしてあげてほしい。

○間歇スキャン式持続血糖測定器

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

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

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

○精子の凍結及び融解

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

○長期収載品

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについての意見

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

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

4. その他

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

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

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

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

	<p>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。</p> <p>特に生活保護受給者に対する費用徴収可否については受給者に対しての周知を国が責任を持って行うと同時に、不適切な処方・調剤が行われないように制度を明確化する必要がある。</p>
長期収載品の該当品目、または非該当になる品目について明確にすべき	<p>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のでExcelのデータなど検索しやすいものが欲しいです。</p>
選定療養に係る料金について、非課税にすべき	<p>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。</p>

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

個別事項について（その21）

近視進行抑制薬の処方に係る検査

近視進行抑制薬の概要

- 令和6年12月27日、「近視の進行抑制」を効能・効果として有する医薬品（一般名：アトロピン硫酸塩水和物。以下「近視進行抑制薬」という。）が薬事承認された。
- 同薬は薬価収載されていないところ、令和8年度診療報酬改定に向けた選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集において、同薬の選定療養への追加に係る提案があった。

近視進行抑制薬の概要（販売名：リジュセアミニ点眼液0.025%（一般名：アトロピン硫酸塩水和物）の添付文書より抜粋）

効能・効果：近視の進行抑制

用法・用量：1回1滴、1日1回就寝前に点眼

臨床成績（国内第Ⅱ/Ⅲ相試験）：

5歳～15歳の調節麻痺下における他覚的等価球面度数が-1.0D～-6.0Dで、目安として1年以内に等価球面度数が0.5D以上近視の進行が認められた近視患者299例（有効性解析対象299例）を対象とした、無作為化二重遮蔽並行群間比較において、本剤、0.01%、プラセボ点眼液を1回1滴、1日1回（就寝前）、36ヵ月（治療Ⅰ期：24ヵ月+治療Ⅱ期12ヵ月試験）点眼した。主要評価項目である投与24ヵ月後における投与前からの調節麻痺下の他覚的等価球面度数の変化量について、本剤群はプラセボ点眼液群と比較して統計学的に有意な差が認められ、優越性が検証された。

投与24ヵ月後における他覚的等価球面度数の変化量（D）

	本剤（101例）	プラセボ（99例）
投与前からの変化量（投与24ヵ月後）	-1.006±0.0606	-1.643±0.0602
群間差 [95%信頼区間]（本剤—プラセボ群） p値	0.637 [0.469, 0.805] p<0.0001	

新たな選定療養の追加に係る提案・意見（令和7年9月17日中医協総会資料より抜粋）

アトロピン硫酸塩水和物（リジュセアミニ 0.025%点眼液）による近視進行抑制治療

保険外併用が認められることで、児童は従来と同様の医療を受けながら、リジュセアミニ 点眼液を含む近視進行抑制治療の恩恵を受けられます。

近視進行抑制薬の処方に係る検査

- 関係学会の指針上、近視進行抑制薬による治療開始時及び治療中は、屈折検査等の検査を行うことが推奨されている。

低濃度アトロピン点眼液を用いた近視進行抑制治療の治療指針作成委員会. 低濃度アトロピン点眼液を用いた近視進行抑制治療の治療指針. 日眼会誌. 2025;129:851-854.

5. 低濃度アトロピン点眼液の処方手順

3) 診断・治療開始時

初診時に屈折検査を行い、近視の有無を確認する。小児は調節力が強いことから、調節の介入を適切に取り除いて近視であることを診断する。屈折検査は調節麻痺下で行うことが望ましい。調節麻痺下屈折検査は、シクロペントラート塩酸塩（サイプレジン®1%点眼液）を10分おきに2回点眼し、初回点眼から45～60分後に、自動レフラクトメータを行うことで実施する。難しい場合は非調節麻痺下の検影法によるオーバーレフラクションを行う）。弱視を除外するために、年齢相応の視力が発達していることを確認する。

4) 治療中

初回処方の1週～1か月後を目安に来院させ、点眼の遵守状況と安全性の確認を行う。それ以降は3～6か月ごとに定期観察を設定し、近視の進行状況と安全性を確認する。近視の進行状況を確認する検査として、調節の介入を適切に取り除いた屈折検査を定期的に行う。調節麻痺を行う場合は、1年に1度の頻度を目安とする

関連する主な検査料

D263 矯正視力検査

- 1 眼鏡処方箋の交付を行う場合 69点
- 2 1以外の場合 69点

D261 屈折検査

- 1 6歳未満の場合 69点
- 2 1以外の場合 69点

近視進行抑制薬の処方に係る検査についての課題と論点

- 令和6年12月27日、「近視の進行抑制」を効能・効果として有する医薬品（一般名：アトロピン硫酸塩水和物。以下「近視進行抑制薬」という。）が薬事承認された。
- 選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集において、近視進行抑制薬に係る提案があった。
- 関係学会の指針上、近視進行抑制薬による治療開始時及び治療中は、屈折検査等の検査を行うことが推奨されている。

【論点】

- 関係学会のガイドライン等も踏まえ、近視進行抑制薬の処方に係る検査に対する適切な評価について、どのように考えるか。

令和8年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）

【留意事項】

この資料は、令和8年度診療報酬改定に向けて、これまでの議論の整理を行ったものであり、今後の中央社会保険医療協議会における議論により、必要な変更が加えられることとなる。

なお、項目立てについては、令和7年12月9日に社会保障審議会医療保険部会・医療部会においてとりまとめられた「令和8年度診療報酬改定の基本方針」を踏まえて行っている。

【 目 次 】

I 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

- I－1 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応
- I－2 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者的人材確保に向けた取組
 - I－2－1 医療従事者の処遇改善
 - I－2－2 業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進
 - I－2－3 タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
 - I－2－4 医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策
 - I－2－5 診療報酬上求める基準の柔軟化

II 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

- II－1 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
 - II－1－1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備
 - II－1－2 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価
- II－2 「治し、支える医療」の実現
 - II－2－1 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援（緊急入院等）を担う医療機関の評価

- II-2-2 円滑な入退院の実現
- II-2-3 リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- II-3 かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- II-4 外来医療の機能分化と連携
 - II-4-1 大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進
- II-5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - II-5-1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価
 - II-5-2 重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価
- II-6 人口・医療資源の少ない地域への支援
- II-7 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
 - II-7-1 業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進（再掲）
 - II-7-2 タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進（再掲）
- II-8 医師の地域偏在対策の推進

III 安心・安全で質の高い医療の推進

- III-1 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
 - III-1-1 身体的拘束の最小化の推進
 - III-1-2 医療安全対策の推進
- III-2 アウトカムにも着目した評価の推進
 - III-2-1 データを活用した診療実績による評価の推進
- III-3 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
 - III-3-1 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進
 - III-3-2 外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進
- III-4 質の高いリハビリテーションの推進
 - III-4-1 発症早期からのリハビリテーション介入の推進
 - III-4-2 土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実
- III-5 重点的な対応が求められる分野への適切な評価
 - III-5-1 救急医療の充実

- III-5-2 小児・周産期医療の充実
- III-5-3 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価
- III-5-4 質の高い精神医療の評価
- III-5-5 難病患者等に対する適切な医療の評価
- III-6 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
- III-7 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
- III-8 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化
- III-9 イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

IV 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

- IV-1 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- IV-2 費用対効果評価制度の活用
- IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
 - IV-3-1 医薬品、医療機器、検査等に関する、市場実勢価格を踏まえた適正な評価／効率的かつ有効・安全な利用体制の確保
- IV-4 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
 - IV-4-1 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応
 - IV-4-2 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進
 - IV-4-3 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進
 - IV-4-4 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進（再掲）
- IV-5 外来医療の機能分化と連携（再掲）
- IV-6 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

I 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

I-1 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応

- (1) これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加を踏まえ、初・再診料等及び入院基本料等について必要な見直しを行う。また、令和8年度及び令和9年度における物件費の更なる高騰に対応する観点から、その担う医療機能も踏まえつつ、物価高騰に対応した新たな評価を行う。
- (2) 食材料費や光熱・水道費の上昇等を踏まえ、入院時の食費及び光熱水費の基準額を引き上げる。
- (3) 入院時の食事療養の質の向上を図る観点から、おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食について新たな評価を行うとともに、多様なニーズに対応できるよう、特別料金の支払を受けることができる食事の要件を見直す。

I-2 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者的人材確保に向けた取組

I-2-1 医療従事者の待遇改善

- (1) 看護職員、病院薬剤師その他医療関係職種の確実な賃上げを更に推進するとともに、令和6年度診療報酬改定で入院基本料や初・再診料により賃上げ原資が配分された職種についても他の職種と同様に賃上げ措置の実効性が確保される仕組みを構築する観点から、賃上げに係る評価を見直す。
- (2) 看護職員の夜勤負担を組織的に軽減することを促す観点から、看護職員夜間配置加算等において、夜勤に係る負担の軽減や待遇の改善に資する計画を立案し、体制の整備が促進されるよう要件を明確化する。

I-2-2 業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進

- (1) 看護業務において、ICT機器等を活用することで業務の更なる効率化や負担軽減を推進する観点から、見守り、記録及び医療従事者間の情報共有に関し、業務効率化に有用なICT機器等を組織的に活用した場合に、入院基本料等に規定する看護職員の配置基準を柔軟化する。
- (2) ICT等の活用による医師事務に係る業務効率化・負担軽減等の業務改善推進の観点から、医師事務作業補助体制加算の人員配置基準を柔軟化する。

- (3) 医療機関等における医療DXへの対応及び業務の簡素化を図る観点から、診療に係る様式の簡素化や署名・記名押印の見直し、施設基準等に係る届出や報告事項を見直す。
- (4) 入院基本料等の施設基準に係る届出を行うに当たって看護要員の必要数及び配置数を算出するために使用する「様式9」について、医療現場の実態を踏まえ、また、業務の簡素化の観点から、病棟における勤務時間に算入できる内容を見直すとともに、小数点以下の処理方法を含む注意事項の記載を整理する。

I－2－3 タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

- (1) 更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が増す中でも、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上等に係る取組を推進するため、重症度、医療・看護必要度の高い高齢者等が主に入棟する病棟において、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制について、新たな評価を行う。

I－2－4 医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策

- (1) 外科医師の減少等に対応するため、診療科偏在による医師数の減少が課題となっている診療科の医師の勤務環境・待遇の改善を図りつつ、高度な医療を提供する医療機関等への新たな評価を行う。また、特定地域医療提供機関及び連携型特定地域医療提供機関において、医師の働き方改革を更に推進しつつ、勤務環境・待遇改善等により、医師の診療科偏在を解消して医療提供体制を確保する観点から、地域医療体制確保加算の要件を見直す。
- (2) 医師の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術に係る休日加算
1、時間外加算1及び深夜加算1の要件を見直す。

I－2－5 診療報酬上求める基準の柔軟化

- (1) 医療現場を取り巻く人手不足の状況下で、質の高い医療提供体制の維持とそのための人材確保の取組の両立を図る観点から、公共職業安定所や無料職業紹介事業者、適正認定事業者を活用する等により、平時から看護職員確保の取組を行っているにもかかわらず、やむを得ない事情によって一時的に看護職員確保ができない場合について、看護職員の配置基準を柔軟化する。

- (2) 医療現場を取り巻く人手不足の状況を踏まえ、業務効率化の観点から、医療安全管理加算、感染対策向上加算及び入院栄養管理体制加算における専従に係る基準を見直す。
- (3) 一般職の職員の勤務時間、休暇等に関する法律に規定されている1日当たり勤務時間を踏まえ、常勤職員の柔軟な配置を促進する観点から、常勤職員の常勤要件に係る所定労働時間数を見直す。
- (4) 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組を推進する観点から、摂食嚥下機能回復体制加算の施設基準における、言語聴覚士の専従要件や実績の計算方法を見直す。また、療養病棟入院基本料における経腸栄養管理加算について、対象となる患者の要件を見直す。
- (5) より柔軟なりハビリテーション提供体制の構築を促進するとともに、病棟内に限らず専門性を活かした指導等を推進する観点から、疾患別リハビリテーションや病棟の業務に専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が従事できる業務の範囲を広げるとともに、明確化する。

II 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

II-1 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備

- (1) 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目した施設基準を設け、体制整備も含めた新たな評価を行う。
- (2) 救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、重症度、医療・看護必要度による評価の方法を見直す。
- (3) 地域における拠点的な医療機関を評価する観点から、総合入院体制加算及び急性期充実体制加算を見直し、新たな評価を行う。その際、人口の少ない地域において、救急搬送の受入を最も担う病院について配慮する。
- (4) 特定機能病院について、高度な医療等を提供する拠点としての機能や、地域医療における役割を積極的に果たす機能を評価する観点から、特定機能病院入院基本料の区分を見直す。
- (5) 特定集中治療室を有する病院が担う医療機能に係る実績に応じた評価を行う観点から、特定集中治療室管理料について以下の見直しを行う。

- ① 重症の救急搬送患者や全身麻酔手術後患者に特に密度の高い医学的管理を行うこと等が特定集中治療室を有する病院が担う役割であることを踏まえ、特定集中治療室管理料について、救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績を要件とする。
 - ② 専任の医師に宿日直を行う医師が含まれる治療室とそれ以外の治療室における診療の現状等を踏まえ、宿日直を行う医師が含まれる治療室の範囲及び施設基準を見直す。
 - ③ 急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者に必要な処置等を踏まえ、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目を見直す。
 - ④ 特定集中治療室に入室する重症患者について、その臓器機能障害の程度に応じた適切な評価を行う観点から、入室時に SOFA スコアが一定以上である患者割合の要件を見直す。
 - ⑤ 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成に関する取組を推進する観点から、特定機能病院においても重症患者対応体制強化加算を算定可能とするよう見直す。
 - ⑥ 遠隔集中治療について、地域によらず特定集中治療室を有する病院が担うべき医療機能に応じて適切に推進する観点から、特定集中治療室遠隔支援加算の施設基準を見直す。
 - ⑦ 広範囲熱傷特定集中治療管理料の有無によって区分が分かれている特定集中治療室管理料 1 から 6 までの評価体系について、簡素化の観点からその区分を統合し整理する。
- (6) ハイケアユニットを有する病院が担う医療機能に係る実績に応じた評価を行う観点から、ハイケアユニット入院医療管理料について以下の見直しを行う。
- ① 重症の救急搬送患者や全身麻酔手術後患者に密度の高い医学的管理を行うこと等がハイケアユニットを有する病院が担う役割であることを踏まえ、ハイケアユニット入院医療管理料について、救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績を要件とする。
 - ② 急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者に必要な処置等を踏まえ、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目を見直す。
 - ③ ハイケアユニット入院医療管理の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、基準を満たす患者割合の要件を見直す。
- (7) 救命救急入院料について、簡素化の観点から、その区分を統合し整理する。

- (8) 脳卒中ケアユニットを有する病院が担う医療機能に係る実績に応じた評価を行う観点から、脳卒中ケアユニット入院医療管理料について要件を見直す。
- (9) 地域包括医療病棟において、高齢者の中等症までの救急疾患等の幅広い受入を推進する観点から、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患を踏まえ、平均在院日数、ADL 低下割合及び重症度、医療・看護必要度の基準を見直す。また、医療資源投入量や急性期病棟の併設状況に応じた評価を導入する。更に、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、加算の体系を見直す。
- (10) より質の高い回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料、回復期リハビリテーション入院医療管理料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準及び要件を見直す。
- (11) 療養病棟入院基本料を算定する患者の病態や医療資源投入量をより適切に反映させる観点から、医療区分2又は3に該当する疾患や状態、処置等の内容を見直す。あわせて、より医療の必要性が高い患者の受入れを推進する観点から、療養病棟入院料2における医療区分2及び3の患者の割合を引き上げる。
- (12) 患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、障害者施設等入院基本料等について、重度の肢体不自由児（者）に該当しない廃用症候群に係る評価を見直す。
- (13) 障害者施設等入院基本料における看護職員及び看護補助者の業務分担・協働及び夜間における看護業務の負担軽減を更に推進する観点から、看護補助加算及び看護補助体制充実加算の評価を見直す。
- (14) 入院料ごとに医療機能を適切に評価し、医療機能に応じた患者の入棟を円滑にする観点から、入院料に薬剤料が包括されない薬剤及び注射薬について、範囲を見直す。
- (15) DPC/PDPSについて、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定、医療機関別係数の設定及び算定ルールの見直し等の所要の措置を講ずる。
- (16) 手術の外来移行を促すとともに、実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について、対象手術等を追加するとともに、要件及び評価を見直す。
- (17) 令和6年人事院勧告における国家公務員の地域手当の見直しに伴い、地域加算の対象地域及び評価を見直す。

II-1-2 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価

- (1) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に行う観点から、医療資源の少ない地域の対象となる地域及び経過措置を見直す。
- (2) 人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能を確保する観点から、地域の外来・在宅医療の確保に係る支援を行い、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者を受け入れる体制を有する医療機関について、新たな評価を行う。
- (3) 歯科医療が十分に提供されていない地域等において歯科診療を適切に推進するため、地方自治体等と連携して実施する歯科巡回診療車を用いた巡回診療について、新たな評価を行う。

II-2 「治し、支える医療」の実現

II-2-1 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援(緊急入院等)を担う医療機関の評価

- (1) 介護保険施設や在宅医療機関の後方支援を行うに当たり、実効性のある連携関係を保ちつつ業務効率化を図る観点から、協力医療機関に対して求めている協力対象施設との情報共有・カンファレンスの頻度を見直す。
- (2) 高齢者救急、在宅医療及び介護保険施設の後方支援を更に充実させる観点から、地域包括医療病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料について、これらの体制及び一定の実績を持つ医療機関を更に評価する。
- (3) 地域包括ケア病棟における在宅医療や協力対象施設の後方支援の機能をより高く評価する観点から、初期加算の対象となる患者の範囲及び評価並びに退院支援に係る診療報酬項目の包括範囲を見直す。

II-2-2 円滑な入退院の実現

- (1) 入退院支援において、関係機関との連携、生活に配慮した支援及び入院前からの支援を強化する観点から、入退院支援加算等の評価や要件を見直す。
- (2) 入退院時の支援において、居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等との連携及び地域の入退院支援に係る情報共有等の規定に基づいた入院前からの支援を強化する観点から、介護支援等連携指導料の要件を見直す。

- (3) 高次脳機能障害患者に対して退院後も必要な障害福祉サービス等を適切に提供する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料に高次脳機能障害患者の退院支援体制に係る要件を追加する。
- (4) 感染症対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行うことを促進する観点から、感染対策向上加算等の要件を見直す。

II-2-3 リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進

- (1) リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進する観点から、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定要件を見直す。また、地域包括医療病棟のリハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様の見直しを行う。更に、地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とする。
- (2) 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組を推進する観点から、摂食嚥下機能回復体制加算の施設基準における、言語聴覚士の専従要件や実績の計算方法を見直す。また、療養病棟入院基本料における経腸栄養管理加算について、対象となる患者の要件を見直す。(I-2-5-(4)再掲)
- (3) 入院患者が有する口腔状態の課題への質の高い対応を推進する観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関が歯科医療機関とあらかじめ連携体制を構築し、口腔状態の課題を有する入院患者が歯科診療を受けられるよう連携を行った場合について、新たな評価を行う。
- (4) 医科歯科連携を推進し入院患者の口腔管理を充実させる観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関からの依頼に基づき入院患者に対して歯科訪問診療を実施した場合について、新たな評価を行う。

II-3 かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価

- (1) かかりつけ医機能に係る体制整備を推進する観点から、機能強化加算の要件等を見直す。
- (2) 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料(I)及び(II)を見直す。

- (3) 特定疾患療養管理料は、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、当該管理が適切に実施されるようその対象疾患の要件を見直す。
- (4) 地域包括診療加算等について、対象疾患有する要介護高齢者等への継続的かつ全人的な医療を推進する観点や、適切な服薬指導の実施を推進する観点から、対象患者や要件を見直す。
- (5) 休日・夜間等の問い合わせや受診へ対応する体制整備を更に推進する観点から、時間外対応加算の評価を見直す。
- (6) 地域において、歯科疾患・口腔機能の管理等といった生活の質に配慮した歯科医療を推進するため、歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料並びに口腔機能管理料の要件及び評価を見直すとともに、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の対象となる患者の範囲を拡大する。
- (7) ライフコースを通じた継続的・効果的な歯周病治療を推進する観点から、歯周病定期治療及び歯周病重症化予防治療について評価体系を見直す。
- (8) かかりつけ薬剤師の本来の趣旨に立ち返り、かかりつけ薬剤師の普及及び患者によるかかりつけ薬剤師の選択を促進する観点から、かかりつけ薬剤師指導料及び服薬管理指導料について評価体系を見直す。

II-4 外来医療の機能分化と連携

II-4-1 大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進

- (1) 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、以下の見直しを行う。
 - ① 紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、逆紹介割合の基準を引き上げる。
 - ② 紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等において、初診料及び外来診療料が減算となる対象患者について、頻繁に再診を受けている患者を含むよう見直す。
- (2) 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院において、特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を行った場合について、新たな評価を行う。

- (3) 病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携しながら共同で継続的に治療管理を行う取組を推進する観点から、連携強化診療情報提供料の評価体系を見直す。

II-5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- (1) 利用者の状態像を適切に把握し、適正な訪問看護の提供を推進する観点から、訪問看護ステーションに作成を求めている指定訪問看護の実施に係る記録書の記載内容の明確化等を行う。
- (2) 適切な訪問看護提供体制の構築や、指定訪問看護事業者の適正な手続きの確保等を推進する観点から、指定訪問看護に係る安全管理に関する内容や適正な請求等について、指定訪問看護の運営基準に新たな規定を設ける。
- (3) 健康保険事業の健全な運営を確保する観点から、療養担当規則において、保険医療機関が、特定の訪問看護ステーション等を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、財産上の利益を收受することを禁止する規定を新たに設ける。

II-5-1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価

- (1) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、名称を変更した上で、要件及び評価を見直す。
- (2) 地域における24時間の在宅医療提供体制を面として支える取組を更に推進する観点から、往診時医療情報連携加算の要件を見直す。
- (3) 入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう支援する観点から、退院直後の一定期間に入院医療機関が行う訪問栄養食事指導について、新たな評価を行う。
- (4) 連携型の機能強化型在宅療養支援診療所において、地域の24時間医療提供体制を支える医療機関を更に評価する観点から、自ら実際に医療提供体制を確保している時間に応じて評価を見直す。
- (5) 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、要件を見直す。
- (6) 患者の医療・介護の状態を踏まえた適切な訪問診療の提供を推進する観点及び安心・安全な医療提供体制を確保する観点から、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料並びに在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、要件を見直す。

- (7) 患者ごとの適切な医療提供を推進する観点から、在宅療養指導管理料加算の算定要件を見直す。
- (8) 在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、医師及び薬剤師が同時訪問することについて、新たな評価を行う。
- (9) 患家における残薬の整理や適切な服薬指導の実施を推進する観点から、地域包括診療加算等並びに在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の要件を見直すとともに、指定訪問看護の運営基準において残薬対策に係る取組を明確化する。
- (10) へき地における在宅医療の提供体制を確保する観点から、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の要件を見直す。
- (11) 質の高い在宅歯科医療の提供を推進するため、以下の見直しを行う。
- ① 在宅で療養する患者に対する歯科訪問診療の内容を充実させる観点から、歯科訪問診療 1 の評価を見直すとともに、患者又はその家族等の依頼により、診療を予定していなかった患者を急遽診療する必要性が生じた場合の歯科訪問診療 1 の運用を明確化する。
 - ② 同一建物に居住する多数の患者に対する歯科訪問診療を適切に提供する観点から、歯科訪問診療 4 及び歯科訪問診療 5 の施設基準を新たに設ける。
 - ③ 在宅療養支援歯科病院について、病院歯科等での診療実態を踏まえ、施設基準を見直し、歯科診療所からの依頼により患者を受け入れた場合の実績を要件に加える。
 - ④ 在宅療養支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院について、今後の在宅歯科医療体制の確保に資するよう、施設基準を見直し、歯科医師臨床研修施設における歯科訪問診療の研修・教育体制を要件に加える。
 - ⑤ 訪問歯科衛生指導料について、指導を実施した人数に応じた評価を見直すとともに、特別の関係の施設等に対する評価を適正化する観点から、歯科訪問診療料を踏まえた運用に見直す。
 - ⑥ 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料について、効率的な歯科医療を提供する観点から、要件を見直す。
- (12) 今後、在宅で療養する患者の増加が見込まれることを踏まえ、高度な在宅訪問薬剤管理指導を含め、薬局において必要な在宅医療提供体制を整備する観点から、在宅薬学総合体制加算について、要件及び評価を見直す。

- (13) 今後在宅で療養する患者の増加が見込まれることを踏まえ、訪問薬剤管理指導の円滑な実施及びその実効性の改善に向けて、在宅患者訪問薬剤管理指導料について、要件を見直す。

II-5-2 重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価

- (1) 住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、過疎地域等における訪問看護について、遠方への移動負担を考慮し、特別地域訪問看護加算の対象となる訪問の要件を見直す。
- (2) 手厚いケアの必要がある、重症な難治性皮膚疾患を持つ利用者に対する訪問看護の充実を図る観点から、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定する利用者について、訪問看護基本療養費等を算定できる回数を見直す。
- (3) 在宅での療養を行っている利用者に対して、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う際に、当該利用者の医療・ケアに携わる関係職種がICTを用いて記録した診療情報等を活用した場合について、新たな評価を行う。
- (4) 精神科訪問看護の質の向上を推進する観点から、地域の関係者と連携して支援ニーズの高い利用者に対して精神科訪問看護を提供する等の役割を担う訪問看護ステーションについて、機能強化型訪問看護ステーションとして新たな評価を行う。
- (5) 乳幼児に対する訪問看護について、状態に応じた質の高い訪問看護が提供されるよう、乳幼児加算の評価を見直す。
- (6) 適切な指定訪問看護に係る管理を推進するとともに、利用者のニーズや療養環境の多様化に適切に対応するために、訪問看護管理療養費の評価を見直す。
- (7) 訪問看護基本療養費(Ⅱ)等やその加算について、1月当たりの訪問日数や建物内の訪問看護実施人数等に応じたきめ細かな評価に見直す。
- (8) 高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションは、居住者に短時間で頻回の訪問看護を効率的に実施できることを踏まえ、訪問看護療養費に包括で評価する体系を新設する。

II-6 人口・医療資源の少ない地域への支援

- (1) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に行う観点から、医療資源の少ない地域の対象となる地域及び経過措置を見直す。(II-1-2-(1)再掲)

- (2) 人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能を確保する観点から、地域の外来・在宅診療の確保に係る支援を行い、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者を受け入れる体制を有する医療機関について、新たな評価を行う。(II-1-2-(2)再掲)
- (3) へき地における在宅医療の提供体制を確保する観点から、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の要件を見直す。(II-5-1-(10)再掲)
- (4) 歯科医療が十分に提供されていない地域等において歯科診療を適切に推進するため、地方自治体等と連携して実施する歯科巡回診療車を用いた巡回診療について、新たな評価を行う。(II-1-2-(3)再掲)

II-7 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組

- II-7-1 業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進(再掲)
(I-2-2を参照)
- II-7-2 タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進(再掲)
(I-2-3を参照)

II-8 医師の地域偏在対策の推進

- (1) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に行う観点から、医療資源の少ない地域の対象となる地域及び経過措置を見直す。(II-1-2-(1)再掲)
- (2) 人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能を確保する観点から、地域の外来・在宅診療の確保に係る支援を行い、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者を受け入れる体制を有する医療機関について、新たな評価を行う。(II-1-2-(2)再掲)
- (3) 改正医療法に基づき都道府県知事が行う、地域で不足している医療機能等に係る医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関は、地域医療への寄与が不十分との位置付けであることを踏まえ、当該医療機関については機能強化加算、地域包括診療加算及び地域包括診療料の対象としない等、評価を見直す。

III 安心・安全で質の高い医療の推進

III-1 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

- (1) 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について、対象患者、算定可能な期間及び評価を見直す。
- (2) 健康診断、検診及び予防接種等（健診等）の受診後に、健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合について、当該保険診療に係る初再診料等の算定方法を明確化する。
- (3) 手術等の医療技術について、以下の見直しを行う。
 - ① 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す。
 - ② 新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について、新たな評価を行う。
 - ③ 外科的手術等の医療技術について、適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。
 - ④ 医療技術の体系的な分類について、外科系学会社会保険委員会連合の手術基幹コードである STEM 7 の分類に基づく解析により手術時間の差が明らかになったこと等を踏まえ、整形外科領域の K コードの分類を見直す。
- (4) 内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、多数の手術を実施している保険医療機関における医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、ロボット手術について、年間手術実績に応じた新たな評価を行う。
- (5) 安全で質の高い麻酔管理を評価する観点から、全身麻酔の評価について、麻酔の深度、気道確保デバイスの有無及び麻酔管理体制に応じた評価に見直す。
- (6) 質の高いゲノム医療を推進する観点から、遺伝学的な検査の実施時等における遺伝学的な情報に基づく療養指導に係る評価について、療養指導を実施できる回数等、要件の見直しを行う。
- (7) 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大する。
- (8) フィブリノゲン製剤の適正使用の観点から、同剤の投与に際し必要となる迅速なフィブリノゲン測定を行う場合について、新たな評価を行う。
- (9) 質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について、新たな評価を行う。

- (10) 関係学会における骨粗鬆症の治療管理での骨塩定量検査の位置付けを踏まえ、算定回数を見直す。
- (11) 近視の進行抑制を効能・効果として有する医薬品の処方に係る一連の検査を適切に評価するため、同医薬品の処方に係る検査について、新たな評価を行う。
- (12) 患者への安心・安全な医療の提供を更に推進する観点から、検体検査管理加算の要件を見直す。
- (13) カルタヘナ法を遵守した薬剤投与や医学管理を推進する観点から、新たな評価及び特定薬剤治療管理料の対象薬剤の見直しを行う。
- (14) 心不全治療による再入院予防を推進する観点から、急性心不全で入院した患者に対して、早期から多職種による介入を実施し、退院後も必要な治療を地域で連携して実施した場合について、新たな評価を行う。
- (15) 血液透析患者に対するより安心・安全で質の高い診療体制を確保する観点から、人工腎臓について、腎代替療法に関する情報提供、災害対策及びシャントトラブルに係る医療機関間連携等を実施した場合について、新たな評価を行う。
- (16) 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、シャント閉塞及び高度なシャント狭窄とその他の場合の治療効果の違いを踏まえ、算定要件を見直す。
- (17) 腹膜透析の管理を行う医療機関が乏しい二次医療圏が多いことを踏まえ、腹膜透析を導入する基幹病院とかかりつけ医師の連携により、こうした地域の患者にとっての医療アクセスを確保しつつ、質の高い管理を提供することが可能となるよう、在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定要件を見直す。

III-1-1 身体的拘束の最小化の推進

- (1) 身体的拘束の最小化に向けた取組を更に推進する観点から、質の高い取組を行う場合の体制について新たな評価を行うとともに、身体的拘束を行った日の入院料の評価を見直す。
- (2) 認知症を有する患者へのアセスメントやケアの充実を図りながら身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直す。

III-1-2 医療安全対策の推進

- (1) 患者への安心・安全な医療の提供を更に推進する観点から、医療安全対策加算の要件及び評価を見直す。

III-2 アウトカムにも着目した評価の推進

- (1) 回復期リハビリテーション病棟において、より質の高いアウトカム評価を推進する観点から、リハビリテーション実績指標の算出方法及び除外対象患者の基準を見直す。
- (2) 入院基本料並びに特定入院料における平均在院日数、及び在宅復帰率の計算対象を明確化する。あわせて、短期滞在手術等基本料3を算定する患者について、特定入院料における患者割合等の計算から除外する。また、病棟が1看護単位として機能するに当たり、患者割合等の要件が過度に複雑となることを避ける観点から、1病棟において届け出ることのできる特定入院料の種類数を明確化する。

III-2-1 データを活用した診療実績による評価の推進

- (1) データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。
- (2) 外来医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、データ提出に係る評価を見直す。
- (3) 質の高い在宅持続陽圧呼吸療法の提供を推進する観点から、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料並びに終夜睡眠ポリグラフィーの要件及び評価を見直す。

III-3 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価

- (1) 医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、診療録管理体制加算、医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の評価を見直す。

III-3-1 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進

- (1) 向精神薬の処方実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療に当たって、向精神薬を処方する場合には電子処方箋管理サービス等による重複投薬等チェックを行うことを要件とする。

- (2) 情報通信機器を用いた診療の更なる利便性の向上と、電子処方箋システムを活用した質の高い処方を評価する観点から、情報通信機器を用いた医学管理において重複投薬等チェックを行い、電子処方箋を発行する場合について、新たな評価を行う。

III-3-2 外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進

- (1) 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、チェックリストのウェブサイト等への掲示及び医療広告ガイドラインの遵守等を追加する。
- (2) D to P with Nによるオンライン診療の適正な推進の観点から、診療時の看護職員の訪問に関する評価、訪問看護療養費等との併算定方法や、検査及び処置等の算定方法を明確化する。
- (3) D to P with Dによるオンライン診療について、期待される役割や調査結果を踏まえ、遠隔連携診療料の対象疾患を見直すとともに、入院及び訪問診療における活用について、新たな評価を行う。
- (4) 向精神薬の処方実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療に当たって、向精神薬を処方する場合には電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを行うことを要件とする。(III-3-1-(1)再掲)
- (5) 情報通信機器を用いた診療の更なる利便性の向上と、電子処方箋システムを活用した質の高い処方を評価する観点から、情報通信機器を用いた医学管理において重複投薬等チェックを行う際に電子処方箋を発行する場合について、新たな評価を行う。(III-3-1-(2)再掲)
- (6) 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導を推進する観点から、外来栄養食事指導料について、情報通信機器又は電話による指導の評価を見直すとともに、情報通信機器による指導のみでも算定を可能とする要件の明確化を図る。
- (7) 情報通信機器を用いた診療における不随意運動症に対する脳深部刺激療法の有用性や、「脳深部刺激療法(DBS)における遠隔プログラミングの手引き」を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の在宅振戦等刺激装置治療指導管理料について、新たな評価を行う。
- (8) 情報通信機器を用いた療養指導について、対面と組み合わせた実施を適切に推進することにより、患者のセルフケア支援の充実や負担軽減を図る観点から、在宅療養指導料の算定対象者のうち、在宅自己注射指導管理料を算定している患者及び慢性心不全の患者に係る要件を見直す。

(9) プログラム医療機器等指導管理料が併算定できるニコチン依存症管理料や生活習慣病管理料（Ⅱ）に情報通信機器を用いた場合の規定があることを踏まえ、プログラム医療機器等指導管理料に情報通信機器を用いた場合の規定を設ける。

Ⅲ－4 質の高いリハビリテーションの推進

- (1) 退院時リハビリテーション指導料の目的を踏まえた適切な患者への指導を推進する観点から、対象患者について要件を見直す。
- (2) より質の高い生活機能回復に資する取組を促進する観点から、医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数を見直す。
- (3) 適切な疾患別リハビリテーション料の算定を推進する観点から、運動器リハビリテーション料等に係る算定単位数の上限が緩和される対象患者を見直す。
- (4) より質の高いリハビリテーションを推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について、訓練内容に応じた評価に見直す。
- (5) リハビリテーションに係る書類の簡素化の観点から、リハビリテーション総合計画評価料の評価等を見直す。
- (6) リンパ浮腫複合的治療料について、より実態に即した評価を行う観点から、リンパ浮腫複合的治療料の評価を見直す。

Ⅲ－4－1 発症早期からのリハビリテーション介入の推進

- (1) 入院直後における早期リハビリテーション介入の推進及び効果的なリハビリテーションを推進する観点から、より早期に開始するリハビリテーションを評価する。

Ⅲ－4－2 土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実

- (1) 休日であっても平日と同様のリハビリテーションを推進する観点から、休日におけるリハビリテーションについて、新たな評価を行う。

Ⅲ－5 重点的な対応が求められる分野への適切な評価

Ⅲ－5－1 救急医療の充実

- (1) 救急医療機関における、夜間休日を含めた応需体制の構築及び地域の救急医療に関する取組等の現状を踏まえ、院内トリアージ実施料及び夜間休日救急搬送医学管理料等を見直し、救急外来医療を24時間提供するための人員や設備、検査体制等に応じた新たな評価を行う。

- (2) 高次の救急医療機関と他の医療機関との連携を強化し、救急患者の適切な転院搬送の実施及び受入を更に推進する等の観点から、救急患者連携搬送料の要件及び評価を見直す。

III-5-2 小児・周産期医療の充実

- (1) 周産期医療の体制構築に係る評価を適切に推進する観点から、母体・胎児集中治療室管理料について、要件を見直す。
- (2) 新生児集中治療室を有する病院における低出生体重児の入院数が減少傾向であることを踏まえ、周産期医療体制を適切に維持する観点から、新生児特定集中治療室管理料2について、低出生体重児の新規入院患者数に関する実績の基準を見直す。
- (3) 成人移行期の小児について、良質な医療の継続を推進する観点から、難病外来指導管理料の要件を見直す。
- (4) 小児医療に係る高額な検査・薬剤の必要性等の実態を踏まえ、小児入院医療管理料等、小児科外来診療料について必要な見直しを行う。
- (5) 分娩件数の減少に伴い、分娩を取り扱う産科病棟の混合病棟化や他科患者の増加に配慮した対応が必要となっていることを踏まえ、母子の心身の安定・安全に配慮した産科における管理や、妊娠・産後を含む継続ケアを行う体制について、新たな評価を行う。
- (6) 療養病棟入院基本料を算定する患者の病態や医療資源投入量をより適切に反映させる観点から、医療区分2又は3に該当する疾患や状態、処置等の内容を見直す。(II-1-1-(11)再掲)
- (7) 6歳以上の小児の薬剤調製において体重による投与量調整が発生すること等を踏まえ、無菌製剤処理加算の評価対象を見直す。

III-5-3 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価

- (1) 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件を見直すとともに、皮下注射を実施した場合についても評価を行う。
- (2) 質の高いがんゲノム医療の効率的な提供を推進する観点から、がんゲノムプロファイリング評価提供料及びがんゲノムプロファイリング検査について、エキスパートパネルを省略可能な症例に係る知見が集積されたことを踏まえ、要件及び評価を見直す。

- (3) 地域における強度変調放射線治療（IMRT）の提供体制を確保する観点から、がん診療連携拠点病院等におけるIMRTについて、遠隔の医師と共に放射線治療計画を作成できるよう医師配置に係る要件を見直す。
- (4) 悪性腫瘍の患者に対する診療方針等に関する患者の意思決定支援や、患者の心理的不安を軽減するための指導の実施を推進する観点から、がん患者指導管理料について、算定要件を見直す。
- (5) 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者のうち、乳癌及び卵巣癌を発症していない患者に対する両側乳房切除及び卵管・卵巣切除の有効性に関するエビデンスを踏まえ、診断に必要なBRCA 1 / 2 遺伝子検査及びがん患者指導管理料の要件を見直す。
- (6) 抗がん剤のばく露リスクに関する国内の疫学調査や、閉鎖式接続器具を用いた場合の抗がん剤による環境汚染の低減に関する報告を踏まえ、無菌製剤処理料について、抗がん剤投与時に閉鎖式接続器具を使用した場合について新たな評価を行う。
- (7) 末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者等に対する質の高い緩和ケアを評価する観点から、緩和ケアに係る評価の対象に末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者を加えた上で、緩和ケア病棟入院料の包括範囲を見直す。
- (8) 療養病棟入院基本料を算定する患者の病態や医療資源投入量をより適切に反映させる観点から、医療区分2又は3に該当する疾患や状態、処置等の内容を見直す。（II-1-1-(11)再掲）

III-5-4 質の高い精神医療の評価

- (1) 多職種の配置による質の高い精神医療の提供を推進する観点から、急性期等の入院料における精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師の病棟配置について新たな評価を行う。
- (2) 精神病床に入院する患者数が減少する中で、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する医療機関を将来にわたって確保する必要があること等を踏まえ、小規模医療機関又は病床数を削減する取組を行っている医療機関が、多職種の配置等による質の高い入院医療、地域定着に係る外来医療や障害福祉サービス等の提供等を一体的に行うことについて、新たな評価を行う。
- (3) 様々な精神疾患に対応できる精神科リエゾンチームの専門性を評価する観点から、精神科リエゾンチーム加算の要件及び評価を見直す。

- (4) 精神病床に入院する患者の高齢化が進む中で、慢性的に身体合併症への対応を要する患者への精神科以外の医師による診療の体制を確保し、適切な対応を推進する観点から、継続的な管理が必要な身体合併症に対応した場合について、新たな評価を行う。
- (5) 維持透析を必要としながら精神病床へ入院する必要のある患者への対応を推進する観点から、精神病床において算定可能な入院料における包括範囲を見直す。
- (6) 精神科救急医療体制加算について、充実した精神科救急医療体制の構築を更に推進する観点から、要件及び評価を見直す。
- (7) 非自発的入院を促進しないような配慮を行う観点から、精神科救急急性期医療入院料等について、医療保護入院等の割合に係る要件を、緊急的な入院医療の必要性等に関する指標に見直す。
- (8) 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の医療提供体制の普及を更に推進する観点から、精神科救急急性期医療入院料等の要件を見直す。
- (9) 長期入院患者に対する地域移行に係る取組を更に推進する必要があること等を踏まえ、人員配置基準の低い精神病棟入院基本料について、長期入院患者に対する評価を見直す。
- (10) 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者の医療提供体制の普及を更に推進する観点から、精神科急性期医師配置の要件を見直す。
- (11) 質の高い精神医療の提供を推進する観点から、通院・在宅精神療法について要件及び評価を見直す。
- (12) 同一の精神保健福祉士による継続的な伴走支援を推進する観点から、病棟に専従配置されている精神保健福祉士に係る要件を見直す。
- (13) 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害に対する公認心理師による心理支援を推進する観点から、心理支援加算の要件及び評価を見直す。
- (14) 精神疾患有する患者に対する質の高い医療の提供を推進する観点から、認知療法・認知行動療法の要件及び評価を見直す。
- (15) 公認心理師の養成状況を踏まえ、臨床心理技術者に係る経過措置を見直す。
- (16) 児童思春期の精神疾患患者の受入体制を更に確保する観点から、児童思春期支援指導加算の要件及び評価を見直す。
- (17) 精神疾患の早期発見及び早期からの重点的な診療を更に推進する観点から、早期診療体制充実加算の要件及び評価を見直す。

- (18) 「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」の策定を踏まえ、情報通信機器を用いた精神療法の要件を見直す。

III－5－5 難病患者等に対する適切な医療の評価

- (1) 認定ドナーコーディネーターを保険医療機関に配置することにより、臓器提供を希望する国民の意思がより尊重され、脳死臓器提供機会の確保等に繋がることが期待されること、脳死判定基準に係る関係省令の改正により、法的脳死判定に当たって脳血流消失判定検査等を実施することや、法的脳死判定後にも継続して補助循環装置等を使用しながら脳死患者の管理を実施することが可能となったこと等を踏まえ、脳死臓器提供管理料の評価を見直す。
- (2) 臓器移植を実施する体制の確保を推進する観点から、臓器採取術及び臓器移植術について、新たな評価を行う。
- (3) 質の高い造血幹細胞移植を推進する観点から、臍帯血移植の評価を見直す。
- (4) 病歴から抗 HLA 抗体陽性が疑われる患者以外の移植待機患者においても、抗 HLA 抗体陽性患者が一定程度存在することを踏まえ、臓器生着率の向上に資する観点から、抗 HLA 抗体スクリーニング検査の対象患者を見直す。

III－6 感染症対策や薬剤耐性対策の推進

- (1) 抗菌薬の適正使用を推進する観点から、薬剤感受性検査の要件を見直すとともに、関係学会による提言も踏まえ、一部の感染症に係る検査の要件を見直す。
- (2) 感染対策向上加算 1 について、微生物学的検査室が果たす役割を踏まえ、抗菌薬適正使用を推進する観点から、微生物学的検査室を有する医療機関について新たな評価を行う。
- (3) 入院患者数の減少により、医療機関が結核病棟を維持することが難しくなっている中で、結核患者受入体制の確保の観点から、結核病棟と一般病棟を併せて 1 看護単位とするいわゆる「ユニット化病床」やモデル病床等における重症度、医療・看護必要度等の対象となる患者の範囲等を見直す。
- (4) 院内感染対策において感染対策が特に必要となる感染症の入院患者について、標準予防策に加えて適切な感染対策を推進する観点から、特定感染症入院医療管理加算及び特定感染症患者療養環境特別加算の対象疾病の範囲を見直す。

Ⅲ－7 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進

- (1) 障害者の歯科治療を推進する観点から、障害者歯科治療を専門に担う歯科医療機関が歯科医学的管理を行った場合について、新たな評価を行う。
- (2) 地域において、歯科疾患・口腔機能の管理等といった生活の質に配慮した歯科医療を推進するため、歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の要件並びに評価を見直すとともに、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の対象となる患者の範囲を拡大する。(Ⅱ－3－(6)再掲)
- (3) 新製有床義歯管理料について、有床義歯の構造や形態によって指導方法が異なることを踏まえ、装置ごとに管理が実施できるよう、算定単位を見直すとともに、義歯の指導及び調整について要件を見直す。
- (4) ライフコースを通じた継続的・効果的な歯周病治療を推進する観点から、歯周病定期治療及び歯周病重症化予防治療について評価体系を見直す。
(Ⅱ－3－(7)再掲)
- (5) 小児の咬合機能の獲得の観点から、診療実態を踏まえ、小児保隙装置に対する調整及び修理並びに可撤式保隙装置の製作について、新たな評価を行う。
- (6) 保険診療における歯科矯正を適切に推進する観点から、歯科矯正治療の対象患者について、連続する3歯以上の先天性欠損歯を有する者を追加するとともに、歯科矯正相談料に係る説明書の標準様式を示す。
- (7) 医科歯科連携を推進する観点から、周術期等口腔機能管理計画策定料等について評価を見直すとともに、歯周病定期治療の算定要件を見直す。
- (8) 歯科衛生士による実地指導を更に推進する観点から、口腔機能指導加算について、患者の口腔内の状況に応じて指導を行うとともに、口腔機能低下症等に対する指導を効果的に行うために、評価体系や要件を見直す。
- (9) 歯科医師と歯科技工士の連携を更に推進する観点から、歯科技工士連携加算の評価の範囲や施設基準を見直すとともに、補綴物が円滑に製作・委託できるよう、歯冠修復及び欠損補綴の評価や取扱いを見直し、明確化する。
- (10) 昨今の歯科用貴金属材料の価格動向やデジタル技術の普及状況等を踏まえ、患者にとって安心・安全な補綴治療を進めるため、以下の見直しを行う。

- ① CAD/CAM インレー及び CAD/CAM 冠の活用が更に進むよう、大臼歯の咬合支持等の要件を見直すとともに、当該対象患者を含め、クラウン・ブリッジ維持管理料の対象範囲を見直す。
 - ② 局部義歯に附属されるクラスプやバーについて、製作の実態に即して、原則として歯科用貴金属材料以外の材料を使用する運用に見直す。
 - ③ 印象精度が良好であることを踏まえ、CAD/CAM 冠製作時の光学印象について、新たな評価を行う。
- (11) 歯科治療のデジタル化を推進する観点から、新規医療機器等として保険適用され、現在準用点数で行われている3次元プリント有床義歯について、新たな評価を行う。
- (12) 歯科点数表において、歯科診療の実態を踏まえつつ、以下の項目について整理する。
- ① 歯科点数表で解釈が示されていない内容を明確化する。
 - ② 内容が類似する項目や、複数年にわたり算定実績がない項目を整理する。
 - ③ 算定告示と算定要件が一致していない項目を整理する。
 - ④ 歯科治療に伴い麻酔を行った場合に、麻酔薬剤料が算定できない項目の一部を整理する。
- (13) 歯科固有の技術について、以下の見直しを行う。
- ① 歯科医療の推進に資する技術について、医療技術評価分科会等における検討結果を踏まえて、評価や運用を見直す。
 - ② 歯冠修復及び欠損補綴等の評価について、歯科技工料調査の結果等を踏まえて、評価や運用を見直す。
 - ③ その他、個別の評価について臨床現場の実態等を踏まえつつ、評価や運用を見直す。

III-8 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化

- (1) 「患者のための薬局ビジョン」の策定から10年が経過した現在の保険薬局の実態及び損益率の状況を踏まえ、保険薬局が立地に依存する構造から脱却し、薬剤師の職能発揮を促進する観点から、調剤基本料を見直す。
- (2) 健康保険事業の健全な運営の確保の観点から、特別調剤基本料Aの対象薬局について、要件を見直す。
- (3) 地域での医薬品供給を通じた適切な医療提供体制の構築を促進する観点から、地域支援体制加算の要件を見直す。

- (4) 対人業務である薬学的管理の質を適切に評価する観点から、内服薬の調剤日数によって4つに区分されている調剤管理料を見直す。
- (5) かかりつけ薬剤師の推進並びに服用薬剤の継続的・一元的把握に基づく薬剤調整及び実効性の高い残薬対策を評価する観点から、重複投薬・相互作用等防止加算等の見直しを行う。
- (6) かかりつけ薬剤師の本来の趣旨に立ち返り、かかりつけ薬剤師の普及及び患者によるかかりつけ薬剤師の選択を促進する観点から、かかりつけ薬剤師指導料及び服薬管理指導料について評価体系を見直す。(II-3-(8)再掲)
- (7) 保険薬局におけるインフルエンザ吸入薬指導について、慢性疾患と同様の服薬指導や曝露対策を実施している現状を踏まえ、吸入薬管理指導加算の要件と評価を見直す。
- (8) 必ずしも服用薬剤数の削減によらない服用薬剤調整支援の手法が策定されている状況を踏まえ、服用薬剤調整支援料について、要件及び評価を見直す。
- (9) 調剤報酬の簡素化の観点から、類似する算定項目を統合する。

III-9 イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

- (1) 医薬品・医療機器等のイノベーションの適切な評価や医薬品・特定保険医療材料の安定供給の確保等の観点から、薬価専門部会・保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和8年度薬価制度改革の骨子」や「令和8年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき対応する。

IV 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

IV-1 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進

- (1) 後発医薬品の使用促進等の観点から、処方等に係る評価体系を見直す。
- (2) バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されている医療機関をより適切に評価する観点から、バイオ後続品使用体制加算の要件を見直す。
- (3) 後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関及び薬局において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制について、新たな評価を行う。
- (4) バイオ後続品の使用を促進する観点から、薬局におけるバイオ後続品の調剤体制の整備及び患者への説明について、新たな評価を行う。

- (5) 長期収載品の選定療養について、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の見直しを行う。

IV-2 費用対効果評価制度の活用

- (1) 費用対効果評価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和8年度費用対効果評価制度改革の骨子」に基づき対応する。

IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価

IV-3-1 医薬品、医療機器、検査等に関する、市場実勢価格を踏まえた適正な評価／効率的かつ有効・安全な利用体制の確保

- (1) 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和8年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和8年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき対応する。
- (2) 衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について、評価を見直す。

IV-4 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進

IV-4-1 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応

- (1) 処方変更理由や服薬状況等の薬剤情報が適切に共有されないことにより、ポリファーマシー対策が途切れてしまうことを防止する観点（転院・退院等があっても継続的な薬物治療を行う観点）から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携が促進されるよう、薬剤総合評価調整加算の要件及び評価を見直す。
- (2) 向神薬の処方実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療に当たって、向精神薬を処方する場合には電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを行うことを要件とする。（Ⅲ-3-1-(1)再掲）
- (3) 情報通信機器を用いた診療の更なる利便性の向上と、電子処方箋システムを活用した質の高い処方を評価する観点から、情報通信機器を用いた医学管理において重複投薬等チェックを行う際に電子処方箋を発行する場合について、新たな評価を行う。（Ⅲ-3-1-(2)再掲）

- (4) 保険薬局において、患者に残薬があることを確認した場合に、保険医療機関と保険薬局が連携して円滑に処方内容を調整することができるよう、処方箋様式を見直す。
- (5) 長期処方及びリフィル処方箋による処方を適切に推進する観点から、計画的な医学管理を継続して行うこと等を評価する医学管理料の要件を見直すとともに、処方箋様式を見直す。

IV-4-2 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進

- (1) 処方変更理由や服薬状況等の薬剤情報が適切に共有されないことにより、ポリファーマシー対策が途切れてしまうことを防止する観点（転院・退院等があっても継続的な薬物治療を行う観点）から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携が促進されるよう、薬剤総合評価調整加算の要件及び評価を見直す。（IV-4-1-(1)再掲）
- (2) ポリファーマシー対策や施設間の薬剤情報連携、転院・退院時の服薬指導等に資する薬学的介入の実績を適切に評価する観点から、病棟薬剤業務実施加算について、薬剤総合評価調整や退院時薬剤情報管理指導の実績に応じた評価に見直す。
- (3) 在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、医師と薬剤師が同時訪問することについて、新たな評価を行う。
(II-5-1-(8)再掲)

IV-4-3 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進

- (1) 保険給付の適正化の観点から、栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の要件を見直す。

IV-4-4 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進（再掲）

（III-3-1を参照）

IV-5 外来医療の機能分化と連携（再掲）

（II-4を参照）

IV-6 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

（III-3を参照）

※ この他、「令和8年度診療報酬改定の基本方針」においては、OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直しも含まれているが、中央社会保険医療協議会において議論が行われていないため、「令和8年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」には含めていない。社会保障審議会医療保険部会における議論や、令和8年度予算案に係る「大臣折衝事項」（令和7年12月24日）も踏まえ、今後、必要に応じて、中央社会保険医療協議会においても議論する。