

寄せられたご提案・ご意見

(募集期間：平成27年3月9日(月)～平成27年5月8日(金))

1 医療機関

1. タミフルやリレンザなど選定療養として導入されれば、予防投与となり患者抑制を図ることができる。
2. 保険適用のない精密検査 (HIV 検査・ノロウイルス検査・インフルエンザ検査)
3. 内視鏡検査前や注腸検査前、胃のバリウム検査前の検査食を保険外併用療養費として支給できれば鮮明な画像を得ることができ正確な診察ができる。

2 団体

(1) 「医師以外の専門資格者による各種相談にかかる費用」について

現在、本項目については、専門資格者が各種相談に時間を要している状況であり、それに要する時間の対価がなく持ち出しであるため、今後、各種相談に係わる費用が徴収できるようご配慮いただきたい。

また、本来、各種申請手続きについては患者に行っていただくことが基本であるが、今般の社会情勢からも患者の高齢化や高齢単身者という状況が増えており、福祉事務所等の行政の手続きにも大変苦慮するケースが増加している。やむを得ず病院のMSWや事務職員が委任を受けて手続きの代行を行っている状況があるため、この現状をご理解いただき「申請代行料」の徴収をご配慮いただきたい。

- ① MSW (医療ソーシャルワーカー) による相談 (医療・福祉等のサポート)
- ② 助産師による妊婦の健康相談
- ③ 臨床心理士による相談
- ④ セカンドオピニオンのための手続き相談 (予約代行、診断書の取り寄せを担当医師以外が請け負っている場合)
- ⑤ 自立支援医療 (主に透析患者)、限度額適応認定証、高額療養費 (貸付・委任払い等) 申請代行

(2) 「PET/CT・核医学検査の当日キャンセル料」について

この検査では、高額な放射線薬剤を予め発注しておく必要があるため、患者都合で急に当日キャンセルになった場合、薬剤料としてキャンセル料を請求できるようご配慮をお願いしたい。

(3) 「保険未収載の検体検査」について

一連の診療の中で「保険未収載検体検査」については、現状、患者負担でなく医療機関側の負担となっている。今後は、診療目的として実施する場合で、研究目的以外は選定療養として患者に請求ができるようにしていただきたい。

3 学会

1. 周術期管理システム (ペリオ) のチーム活動

脳神経外科などの外科系の手術に際してあらかじめ、担当麻酔医、担当看護師、担当理学療法士などが、外来レベルでその患者を診察し、周術期管理がスムーズに行くようにチームで取り組んでいる施設があります。周術期のリスクを減ずることのできる優れた試みですが、これに対する何らかの形での報酬が期待されます。

2. 院内託児システムの構築

「付き添いやお見舞いに行きたいけど子供が小さく、近くに親戚もいないし・・・」のような状況は

核家族化が進んだ今ではよくあると思われます。家族が病気の上、このような状況は家族にとってかなりのストレスとなりえます。気軽に安心して来院でき、また感染など衛生面においても十分なケアができる上記システムの構築は患者・家族のニーズも高いのではないのでしょうか。

4 団体

選定療養としての新規導入の提案項目：

1. がん患者等を対象とした美容・整容の個別支援に係る運営費
2. がん患者等を対象としたセミナーや教室等の運営費

提案の支援は、療養の給付と直接関係ないサービス等との整理が必要ですが、がん医療の質の向上、またがん患者等の生活支援に欠かすことのできないものです。下記のとおり、全国がん（成人病）センター協議会では標記についてアンケート調査を行い、加盟32施設のうち24施設から回答を得、多くの施設が無料で提供している現状が明らかになりました。

これらの支援は、診療報酬の「患者サポート体制充実加算」や、がん診療連携拠点病院の「相談支援センター」とは異なる支援であり、その運営費をカバーすることはできません。

補助金で措置されている場合を除き、運営に必要な物品費（かつら、下着、化粧品、ネイルケア用品、口腔ケア用品等の購入費、貸出料など）、人件費（講師に対する謝金、交通費等）を受益者から徴収できる仕組みを作ることにより、がん診療連携拠点病院や財政的に余裕のある医療機関に限らず、より多くの医療機関で実施されることが期待されます。

これらの取り組みについて、選定療養として料金の徴収を可能とすることを提案いたします。

また、これらの取り組みは、療養の給付とは直接関係のないサービス等に当たるという考え方もあるため、選定療養に該当するのかについても整理を進めていくことを要望いたします。

1. 「がん患者等を対象とした美容・整容の個別支援」について

- ① がん患者等に対する支援の提供の有無について 有：10施設 無：14施設
- ② 支援の内容：かつらの貸与、アピアランス支援（化粧の方法、爪の手入れ、術後の下着の選び方等）
- ③ 現在の料金徴収状況：無料：10施設

2. 「がん患者等を対象としたセミナーや教室等」について

- ① がん患者等に対する支援の提供の有無について 有：23施設 無：1施設
- ② 支援の内容：がん種別の患者家族教室の開催、口腔ケア講習会、栄養補助食品の試飲・試食会、茶話会の開催（メンバー相互の交流、がん専門看護師によるアドバイスなど）、
- ③ 現在の料金徴収状況：無料：22施設 有料：1施設（講師謝礼代、資料代の実費）

5 学会

【提案1】糖尿病患者に対するがん検診を含む全身のメディカルチェック

理由：長年定期的に通院しているにもかかわらず、糖尿病以外のがんなどの疾患が進行し、自覚症状が伴う段階で発見されるケースが多々ある。現保険制度では糖尿病に関する血糖コントロールや合併症の精査だけを行い、死亡率の高い悪性新生物の早期発見をカバーしきれない。がんと同様に急増する糖尿病患者に対し、定期受診の際に希望を募り、がん検診を含む全身のメディカルチェックを行うことがで

できれば、その早期発見につながり、医療費の削減にもかかわると考える。また、がん検診も兼ねる検査を糖尿病外来で受けられることで、通院中断が問題視されている糖尿病患者において、その継続を後押しすることにもつながることも期待できる。

【提案2】

糖尿病患者に対する電話や電子メールを用いたテレナーシング

理由：現行の外来では、十分な時間をもって相談にあたることは困難である。日々の生活に密着した自己管理を要する糖尿病患者に対し、タイムリーなやりとりで家族を含む相談や定期受診が困難なケースのフォローアップ等を電話や電子メールを用いて行うことができれば、その患者と家族にとっては、仕事などの自分の時間を割くことが少なくなり、効果的な療養や治療中断防止につながると考える。また、病院、診療所においては、外来患者数が減り、一人の診察、看護ケアに必要な時間をかけることができるようになり、効果的な治療がなされると考えられる。

6 学会

義歯に個人を識別するための刻印（以下、デンチャーマーキング）を行うことは、2つの観点から有益と考える。その一つは、歯科法医学的な個人識別である。特に、無歯顎者ではカルテ情報などによる個人の特特定が困難なことから、スウェーデンにおいては居住者に割り当てられているIDをステンレス製のプレートに刻印したID-Bandを全部床義歯の口蓋部分に埋め込む諾否を患者に確認することが義務づけられている。さらに、アイスランドやアメリカ合衆国の一部の州でも個人識別の刻印が義務づけられている。また、近年国内で発生した大規模災害による多くの犠牲者に対する身元確認にも非常に有益であったとするレポートも散見される。もう一つは、今後急速に増加する高齢者への対応で、義歯の紛失、施設内での取り違え、あるいは、置き忘れなど、在宅歯科医療の現場で経験する機会も少なくなく、実際にデンチャーマーキングを要請される場合も多いのが現状である。また昨今、行方不明となった認知症高齢者等が、身元不明のまま各市町村において保護される事例が増加しているが、個人を特定できるデンチャーマーキングはこのような事例においても極めて有益であった例が、昨年東京都内であり、新聞報道も為された。以上のように、デンチャーマーキングは様々な場面での活用が期待されるが、現状では次のような問題も指摘されている。すなわち、保険収載技術ではないため、保険診療の義歯に対してデンチャーマーキングを行うこと自体の是非や使用中の義歯に名前を入れることを依頼される場合でも混合診療に相当するとの理由から断らざるを得ない。なお、マーキングの内容は、一般には氏名を記入したテープや紙などをレジン床に封入する方法で行われているが、この方法で行うことは施設などの狭い範囲における所有者を同定するには適当と考えるが、法歯学的観点あるいは行方不明の認知症高齢者における身元の特定などには情報量が少ないことと、大規模災害などで遺体の発見に時間がかかった場合や火災などによる義歯の劣化により読み取りができない可能性が懸念される。これに関しては、デンチャーマーキングの素材を欧米で行われている様な金属製プレートにすることと、平成27年度から導入されたマイナンバー制度の活用などによって必要十分な情報を義歯に付与できると考える。以上のようにデンチャーマーキングは、義歯装着者に極めて有益であると考えますが、個人情報保護の観点や医療費負担の増加などから義歯床例の全例に適応することが望ましいか否かの議論が必要である。しかし、一方で、現在の社会情勢や大規模災害への備えとして喫緊の課題であることも否定できない。そこで、徐々にではあるが、患者様了解を得、個別に対応できる選択療養（仮）にデンチャーマーキングを導入が望ましいのではないかと考える。

7 学会

デンチャー・マーキングについて提案する。デンチャーマーキングとは、有床義歯に氏名等を記入したプレートを挿入することで、義歯の所有者を識別しようとするものである。

老人施設等に入所している義歯を装着した要介護高齢者では、義歯の紛失、置き忘れ、あるいは、取り違えなどが珍しくなく、さらに認知症患者ではその対応に苦慮するため義歯の所有者を簡便に識別する本法が必要となる。また、欧米においては、法歯学的観点からの必要性も指摘されており、実際に義務化されている国もある。義歯発見あるいは新義歯製作までに咀嚼機能の低下が原因で病状悪化や全身機能の低下を引き起こす可能性もある。また、歯科訪問診療の現場では義歯の紛失が報告されている。さらに、災害時、あるいは、身元不明死体、認知症高齢者の個人識別においても極めて有用である。義歯にネームプレートを挿入するための技工料金について数カ所の技工所に聞き取り調査を行った結果、500円から1000円と設定されている。よって、この金額を目安に手数料等を上乘せしたかたちで、義歯に係わる診療費の自己負担分に加えて患者より徴収する。

完成した義歯への埋入方法は以下の通りである。

(1) 識別片の製作 (2) 識別片埋入部位の義歯床削除 (3) 識別片の試適, 位置の決定 (4) 義歯補修用レジン(透明色)による填塞 (5) 重合 (6) 研磨

参考文献：下山ら、デンチャーマーキングの必要性、老年歯学 17 : 73 - 74、2002

8 団体

セカンド・オピニオン受入について

セカンド・オピニオンを得ることを推進するものとして、情報提供側では診療情報提供料(Ⅱ)の算定が可能である。

受け側の医療機関として、自費扱いでの受入を行っているが、その後に受け側の医療機関で診療を行うケースも想定される。

よって、セカンド・オピニオン受側において選定療養として頂きたい。

9 個人 年齢：40歳～64歳 職業：その他

補完医療としてアロマセラピーを医療現場に導入することを提案します。アロマセラピーは植物の香りとタッチにより、心身のケアが可能です。不安や悲しみ、痛みへのケアは医療現場で重要な課題です。心のケアは人が関わるのが一番の解決策で優しくタッチしながら傾聴することが大変有効です。アロマセラピストを医療現場に導入し、併せて、補完医療としての研究を進め、患者や家族を大切にする、やさしい社会実現の一策として現実的に検討することを提案します。医療介護福祉現場での人材不足、雇用創生に役立ちバーンアウトした人の再雇用にも寄与することになります。NPO法人を立ち上げ15年になります。高齢者施設を中心にハンドマッサージボランティア活動を実施しています。年100回以上の活動ではボランティアは延べ600名近くになります。受益者は1700名に及びます。また10年前から有料老人ホームにおいてアロマセラピストによる特別なケアを実施しています。補完医療として多くの事例を有しております。特別なケアを実施できる専門性の高い技術や知識を学ぶコースを修了したセラピストによるケアは年間700名に及びます。優しい時間や空間を提供することでより人間的な社会の実現に寄与したいと考えます。

10 学会

Kコードを持つ手術について術者指名加算の提案

従来、我が国の多くの病院では手術の術者（実際にメス、持針器をもってメインとして手術を遂行する医師）が誰であるかは明らかにしておらず、医療機関として医療の質を担保する前提で、チームとしてその手術に責任を取る体制を続けてきた。

しかし、一部の患者は自分が手術をしてもらいたい医師に必ず術者となってやって欲しいと言う要望はあり、具体的にそのような要請を受けることも多い。病院がチーム医療として医療の質を担保する条件を超えて、必ずある医師に手術をして欲しいと言う患者に対しては選定療養費として術者指名加算を負担してもらい、患者の希望に添えるような形の制度を作りたい。

もちろん、病院の収入となった選定療養費の一定額は指名を受けた術者に手当として支給できるような制度にすることがこの制度を発展させるうえで必須のこととなるのは当然である。

ドイツでもイギリスでも高額の民間保険に入っている患者は自分の希望する教授の手術を受けることが出来る制度となっており、社会からも一般的に受け入れられている。我が国の場合にはそのような議論を避けてきた傾向があり、嘗て行われていたような日本的な裏金文化を生む原因となったとも考えられるので、この機会に公明正大な形で術者指名をできるような一步進んだ制度を創設されることを提案する。

11 団体

自院の救急車等の車両を用いた患者搬送にかかる交通費・医師等の同乗費

入院中の患者が他院を受診する際や、転院に伴う他院から自院へ、自院から他院への移送に自院の救急車等の車両を用いて送迎した場合の交通費及び医師・看護師等の同乗費等が病院の持ち出しとなっているため。

12 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

1. 選定療養としての新規導入の御提案

①「薬事法承認前の医薬品・医療機器、再生医療等製品の使用」

現在、「薬事法承認後で保険収載前」であれば評価療養で保険外併用療養が認められている。

しかし、我が国では「薬事法承認」までに多大な時間と労力がかかり、海外で実績のある製品が認められていないことが多々ある。

今後、iPS細胞などに代表されるような先端技術から製品化されるものが飛躍的に増加すると思われるが、日本国内で使用できるまでのタイムラグは国民の生命や健康維持への障害になっている。

「薬事法承認前」の製品は「選定療養」の範疇とし、「薬事法承認後」は「評価療養」と移行できる制度が必要であると考えます。

②歯科使用金属（12%金銀パラジウム合金）について

保険診療が認められている金属材料の価格が高騰し続けている。現在、歯科医療で補綴修復物を装着すると逆ザヤ状態が続いており、見直しが必要であると考えます。不足している価格を補えないのであれば、患者からの徴収も考えるべきで歯科医療機関が負を受け持つ点では、保険診療に疑問が生じる。

前回の改定より、小白歯にCAD/CAM冠が保険適用に認められた。今後は、大白歯或はブリッジに対し

でも審美的に CAD/CAM 冠のニーズが高ってくると思われる。しかし、大臼歯或はブリッジに対しては強度的問題が生じて来る。そこで強度を増すために軸となる内冠にジルコニア等の強度の強い材料を用いて外観には CAD/CAM 冠を装着する事で、強度的な問題を解決できると思われる。材料的には保険適用が認められておらず、選定療養としての新規導入してはどうかと考える。

13 学会

①慢性維持透析患者の月 14 回を超える頻回透析

現在の算定回数上限の除外対象患者は除外のまま患者個人の希望による頻回透析

②慢性維持透析患者のオーバーナイト透析

患者希望による 0 時をまたぐ長時間透析

14 年齢：40 歳～64 歳 職業：歯科医師

「失活歯歯牙漂白」を新規導入すべきではないか。

失活歯における歯牙変色は、患者にとって大きなストレスになっている。歯牙漂白は、以前保険収載されていたが、廃止となったため。

15 年齢：40 歳～64 歳 職業：歯科医師

歯周病の細菌検査：歯周病の細菌検査は、現在認められていないが PCR 法を用いた細菌検査法等目覚ましい発展を遂げた分野ということができる。歯周病の病原菌を特定し、薬物の全身投与を行う等の治療を行うことができれば根治も可能となるものと思われるが、細菌検査を行うと保険外診療となり患者の負担が大きいため選定療養として導入すべきではないかと考える。

16 年齢：40 歳～64 歳 職業：歯科医師

歯周病治療において、現行の保険制度内での歯周病治療の重要性はいうまでもありません。

ただ高齢化も含め治療法の選択肢を増やす意味で外科処置に加え内科的治療の充実も必要かと考えます。

そのためにリアルタイム PCR による歯周病菌の DNA 検査を含め、新規の検査項目を充実させる事を提案させていただきます。

17 年齢：40 歳～64 歳 職業：歯科医師

口腔内の細菌叢を整えることが全身の健康にとって有益であることは、さまざまな研究によって明らかにされていることと思われます。予防観点からのカリエス関連菌の垂直感染であったり、歯周病によって全身の病気のリスクが高まることであったりを考慮して、唾液検査、カンジタ菌検査、歯周病関連菌 DNA 検査（リアルタイム PCR 検査）や最近では遺伝子検査も行われたりしています。そのような検査を試みながら、患者個人個人の現状とその問題点の把握をし、普段の生活習慣であったり、食生活のチェックであったり、姿勢や態癖の指導などを行う事は、日常のセルフケアを通じてカリエス・歯周病予防や不正咬合の予防には効果的であると思います。各種検査費用はメーカーや種類によって様々ですが、定期的なメンテナンスや薬剤の効果的な使用にもつながると思います。何が原因で今の口腔環境があるのか、その改善のためにすべきことを、科学的に患者自身にも納得していただける様にそのような医学

的検査は必ず必要なことだと感じます。

18 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

- *インプラント埋入後のメンテナンス。少なくとも、他院で埋入され転医されたKrに関しては導入されなければKr自身がメンテナンスを受ける機会を失い、結果インプラントの寿命が短くなることが懸念されます。
- *自費補綴に関しては支台築造まで保険給付をお願いしたい。
- *根面アタッチメントを有する義歯の保険給付 義歯本体まで自費になることで高額になり、結果根面アタッチメントであれば延命できた歯牙が早期に失われる。
- *歯周疾患に関わる細菌検査

19 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

カリエス重症化予防のための唾液検査の選定療養への新規導入：う蝕多発傾向者等を対象とした唾液検査により、口腔内の細菌数、唾液量、中和力、食生活と菌の関係など、口腔内状況と食習慣を分析することにより、う蝕重症化予防に資することができると思う。

20 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

- ・金属アレルギーのメタルフリー治療について。
- ・子供の唾液検査一般について

認めてはどうか。

21 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

2. 既存の選定療養の見直しの御意見

①既存の選定療養制度と患者申出療養（仮称）の制度について

既存の選定療養制度と患者申出療養（仮称）の制度の峻別があいまいなまま、早期の制度導入は、混合診療のなし崩し的な解禁の危険性があると思う。

成長戦略として打ち出された申出療養の経済効果は新規技術の導入規模や普及がかなり膨大でなければ、経済成長を牽引できるとは考え難い。

実際、現在の評価療養費は130億、保険外医療費は5000億程度といわれており、これを遥かに凌ぐ医療費を想定しているのなら、必ず低所得から中間層は置き去りにされ富裕層のための医療制度となり、国民皆保険の制度は改悪になると考える。

②部分床義歯における金属床義歯

緊密な咬合接触状態を有する、又はすれ違い咬合の状態であるため咬合力による剪断力が生じるため、従来のレジン床義歯では義歯の破折を繰り返す症例などについて、部分床義歯についても総義歯と同様に部分床義歯にも選定療養としての金属床義歯の適用を認めてはどうか。これにより、義歯の修理・再製作の回数が減少し医療費を抑えることができると思う。

③磁性アタッチメント義歯について

磁性アタッチメントは残根状態の歯にも使用可能であること。義歯の設計を単純化し高齢者、認知症患者、介助者等にも着脱や清掃簡単であること。今後の更なる高齢化を見据え、患者のみならず介助者

にも取扱いしやすい義歯の維持装置を保険導入するために磁性アタッチメントを選定療養に加えるべきであると考えます。

22 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

【磁性アタッチメント義歯】

磁性アタッチメントは残根状態の歯にも使用可能であること。義歯の設計を単純化し高齢者、認知症患者、介助者等にも着脱や清掃が簡単であること。今後の更なる高齢化を見据え、患者のみならず介助者にも取扱いしやすい義歯の維持装置を保険導入するために磁性アタッチメントを選定療養に加え検討すべきであると考えます。

23 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

有床義歯への根面維持装置及び白金加金鉤等の支給

国民の歯を残したいとの希望や高齢化で全身疾患を抱えた患者も増加し、残根も保存するケースは増加している。有床義歯の維持装置としては一般に鉤が用いられているが、歯冠が崩壊した歯においても歯根を残すことは顎堤の維持にもつながり、残根の維持装置への活用は口腔機能の維持管理に有用である。また磁性アタッチメント等の根面維持装置は残存歯への負担も少なく、義歯の機能向上や安定性及び装着感の改善につながる。この装置を患者希望による選定療養に採用することは有益である。

また、鉤には保険適用の金銀パラジウム合金に比べてより強度と弾力のある白金加金が適正であり、また一般の金属アレルギー患者にはチタン鉤の使用が可能なケースが多く、その使用が望まれる。レジン床義歯本体を保険給付し、根面維持装置（磁性アタッチメント・OPアンカー等）及び白金加金鉤、チタン鉤を特別の料金とする。

24 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

有床義歯への根面維持装置及び白金加金鉤等の支給

8020運動等により残存歯数は増加している。また国民の歯を残したいとの希望や高齢化で全身疾患を抱えた患者も増加し、残根も保存するケースは増加している。有床義歯の維持装置としては一般に鉤が用いられているが、歯冠が崩壊した歯においても歯根を残すことは顎堤の維持にもつながり、残根の維持装置への活用は口腔機能の維持管理に有用である。また磁性アタッチメント等の根面維持装置は残存歯への負担も少なく、義歯の機能向上や安定性及び装着感の改善につながる。この装置を患者希望による選定療養に採用することは有益である。

また、鉤には保険適用の金銀パラジウム合金に比べてより強度と弾力のある白金加金が適正であり、また一般の金属アレルギー患者にはチタン鉤の使用が可能なケースが多く、その使用が望まれる。

レジン床義歯本体を保険給付し、根面維持装置（磁性アタッチメント・OPアンカー等）及び白金加金鉤、チタン鉤を特別の料金とする。

25 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

よく患者さんから要望されるのは、

- 1) 大臼歯のレジン前装金属冠
- 2) 臼歯部ブリッジの支台歯へのレジン前装金属冠

の応用です。

患者さんからはしばしば、「差額を自費で支払うので、(頬側を)白くして欲しい。」と要望されます。

国にお金がないのは重々承知しておりますので、是非、患者さんが御自分の負担で受けたいという療養は、大幅に規制緩和していただきたいと存じます。以上、宜しく願い申し上げます。

26 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

ブリッジによる補綴時の保険適用外材料を一部使用可能に。

臼歯部のBrにおいて小臼歯から大臼歯にかかる設計の場合に、小臼歯部の審美性を求められることが多々ある。例えば④⑤⑥の場合は④もしくは⑤に硬質レジンによる前装及びフルベークを行うことや、メタルボンドによる補綴を併用すること。

現代の審美性の観点より、口をあけて微笑む程度のしぐさで小臼歯部の補綴物は時により大きく目立つことがある。この部分の審美性の回復をおこなうことは患者のQOLを著しく上げるものとする。

27 年齢：40歳～64歳 職業：薬剤師

金属ブリッジ小臼歯部分への前装冠の適用

脱金属の観点からジルコニアの導入

レジンコアにファイバーコアを併用

28 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

歯科診療報酬点数表に記載されていない歯冠修復、欠損補綴について、本来順次、保険導入保険収載されているべき技術が、H6年の前歯部に限る硬質レジン前装冠を最後に20年にわたり見送られてきている。H26年改定で小臼歯にCAD/CAM冠が導入されたが歯科用貴金属の市場価格の高騰が背景にあり、真のメタルフリーの主旨とは異なるものである。また、単冠に限られ支台歯の状態により選択肢とならない場合も多く、適応症例は少ない。国民の歯科治療に対する要望は年々高まり、自然の生体に近い素材を求めている。歯科の補綴は咀嚼機能の回復のみが保険適用となり、審美的なものは除外されてきた。国民の要求は完全に無視されてきたと言わざるを得ない。全面的に保険収載を求める日本歯科医師会は解決策を持たない為、現状では自費という経済的に余裕のある一部の患者のみが選択できる治療となっている。20年以上前の既存の技術が先進医療として保険収載が望める訳もなく、医療経済上、歯冠修復、欠損補綴の一部は選定医療として導入を図るべきと考える。硬質レジン前装冠の小臼歯への適応拡大を望む。混合診療の問題もあるが、④⑤⑥のブリッジを製作する場合、現状では4番歯牙の修復は全部鑄造金属冠となり患者から同意を得ることが困難であり、診療側も対処に困っている。このケースでは保険点数は4728点となり、3割負担では15000円程度であるが、4番を硬質レジン前装冠とするとブリッジ全てが自費となり、費用は15万円程度となるのが実情である。負担金額は1歯のために患者は10倍以上を支払う事となる。歯科治療への不信感の原因の多くがこの理由による。国民の要望に沿った医療行政を願うものである。H10年に導入された金属床総義歯の部分的局部義歯への拡大も当時は規定路線とされてきたが、未だ未収載で放置されている。設計の自由度と強度があり、義歯の破損や残存歯の保存に対して非常に有効な事は自明である。結論、硬質レジン前装冠の小臼歯適応拡大と金属床局部義歯及びセラミッククラウンの歯冠補綴の早期の選定療養導入を要望する。

29 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

小臼歯が支台歯である場合のブリッジに対し、小臼歯にレジン前装金属冠を保険請求できるよう、要望いたします。

ブリッジ補綴における金属材料の有用性は揺らぐことはありませんが、ブリッジ支台として小臼歯に冠装着する場合、全部金属冠となることがあります。小臼歯は前歯とともに審美性が重要視されることが多く、レジン前装金属冠は、補綴物の強度とともに審美性を得ることのできる補綴様式と考えます。国民の健康保持および精神的安楽感を得るためにも、現在以上に審美性を考慮した補綴物の保険導入を要望いたします。

30 年齢：無回答 職業：歯科医師

前回の26年度改定において小臼歯へのCAD/CAM冠が導入されたが、今後金属相場に影響されない安定した医療材料の供給に資するため、また、金属アレルギー患者への適切な医療提供の観点から、前歯、大臼歯に対するCAD/CAM冠及び歯種に関わらずCAD/CAMインレー・アンレーの保険導入が望まれているところである。それに鑑み、まず選定療養として新規導入してみたい。現在、金属アレルギーの患者は保険適応のメタルフリー材料を使えない歯種・部位・補綴物形態においては自費治療しか選択肢がない状態であり、審美目的ではないメタルフリー材料の使用についてご一考頂きたい。同様の理由から、ファイバー製ポストコアについてもこれらの補綴物とセットで選定療養に導入すべきと考えるところである。

31 年齢：65歳～74歳 職業：歯科医師

金属アレルギーを有する患者さんに対するメタルフリー修復

現在金属アレルギーの有する患者さんが徐々に増加してきている。しかしその患者さんの口腔内に装着されている歯科用金属を除去してメタルフリー修復もしくは補綴を保険診療ですべて行うことは困難である。特に大臼歯のFMC,メタルコアやスクリューポストの代替になるものが保険適応にない。

そこで金属アレルギー等メタルに過敏症を有する患者さんに対してオールセラミッククラウン、ブリッジそしてファイバーポスト等を選択療養にすることにより患者さんの負担を軽減することが可能になる。

併用部分

補綴診断以後に係る保険費用を自費費用から控除して患者負担とする。

32 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

日常、歯科診療を行っている中、金属アレルギーの患者に遭遇します。メタルフリーの保険が適用される診療としては、レジンジャケット冠、硬質レジンジャケット冠、CAD-CAM冠等がありますが、すべての治療を網羅しているわけではありません。皮膚科医等により金属アレルギーと診断され、既に口腔内に装着されている金属修復物をすべて除去するよう依頼を受けることが希にあります。口腔内の金属修復物の除去治療を受けるだけでも身体的負担が大きいのに、再修復時には上記以外の治療はすべて保険外診療となり経済的負担も大きくなります。また、金属修復物の除去治療および保険適用のメタルフリー材料での再修復治療自体も保険給付可能なのか疑問です。金属修復物の除去や再修復時に行うセラミック等のメタルフリーの材料を用いた治療費の一定額を保険外併用療養費として医療保険で給付

し、限度額以上を患者から徴収する形としてはどうでしょうか？

33 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

日常の臨床では、患者さんの希望により、歯冠の崩壊した歯(特に前歯部)の根管治療中に、手間暇をかけて仮歯(TeC)を作って差し上げることが少なくない。歯内療法は、症状によっては療養期間が数ヶ月に及ぶこともしばしばで、その間患者さんは見た目(審美性)を非常に気にされるからである。しかしながら、現行の制度では、このような補綴治療前のTeCについては、その費用を別途徴収することは認められていないため、医療機関の持ち出し即ち無償で提供しているのが実情である。患者さんのアメニティを向上させる、根管治療中のTeC(特に前歯)に対し選定療養の適用を要望する。

34 年齢：65歳～74歳 職業：歯科医師

1. 前歯部の予期せぬ欠損時における暫間接着ブリッジの新規導入

打撲や歯周病で前歯が抜けたり、抜歯を余儀なくされた場合に審美的回復法としてレジン歯や硬質レジン歯をトリミングして、スーパーボンドなどの接着セメントなどで隣在歯に接着する即時ブリッジが保険算定できることは、患者及び術者双方にとって恩恵となると考えられる。咬合状態を鑑み、適切に施した接着人工歯は数か月から年の単位で実用にも耐えられうる。取り外しの義歯を嫌う患者や歯の切削を嫌う患者にとって、きわめて有効な方法と思われる。コスト的にも高い保険点数を必要しないと考えられるので、ぜひとも導入を考えていただきたい。

35 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

【射出成型型セラミックスのインレーへの応用】

射出成型型セラミック材料はエナメル質と類似した硬さを有すると共に、曲げ強さ等の理工学的性質も金属材料の代替と十分使用可能な材料である。また、射出成型型のセラミックスは従来より行われた金属歯冠修復物と同じ臨床術式、製作方法(ロスト・ワックス法)で導入が可能である。製作には専用の射出機器が必要であるが、ポーセレンファーンエスに付属機能として付いているものあり、所有している歯科技工所も多い。また、新たに購入する場合でも80万円程度の費用で導入可能である。さらに製作する上で新たに習得すべき技術もほとんどない。こうした理由より射出成型型セラミックスのインレーへの応用が保険導入された場合、比較的普及し易い技術であると考えられる。こうしたことより金属に代わる歯科材料とし射出成型型セラミックスのインレーへの応用は特に有効な方法であり選定療養に加え、保険導入可能か検討すべき事項であると考えられます。

36 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

近年、健康意識の高まりにより歯冠修復および歯冠補綴を行う際にできるだけ天然歯に近い形での治療を希望される方が多くおられます。現在の保険診療の範囲では、CR充填・レジンジャケット冠・CAD-CAM冠等の治療法がありますが、全てのケースを網羅しているわけではありません。また、患者の審美的要求が高い場合保険材料では十分な満足が得られないことが多々あります。そのような場合は、セラミック等の材料を使用した保険外治療を行うのですが、歯冠形成・印象採得・咬合採得等の治療費もすべて保険外診療となり治療費が高額になるため保険外診療を断念し不本意ながら保険診療を受けられる患者が少なからずおられます。そこでそのようなケースの場合、例えば前歯部の治療であれば、

支台築造・歯冠形成・印象採得・咬合採得・レジン金属冠セットまでの治療費を保険外併用療養費として保険給付し、それ以上の費用に関しては歯冠修復物および歯冠補綴物の種類に応じた金額(メタルボンドは〇〇円、オールセラミッククラウンは△△円など)を患者から徴収する形を提案いたします。臼歯部の場合も前歯と同様に支台築造からFMCセットまでを保険給付します。現在の金属床総義歯で認められている選定療養のモデルを歯冠修復および歯冠補綴治療にも応用する形となります。

37 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

【MTAセメント】

MTAセメントを用いた根管充填、逆根管充填、パーフォレイションの修復、直接歯随保護処置への応用。非常に封鎖性が高く、生体親和性の高いMTAセメントを使用することが保険で可能になれば、今まで以上に歯の保存が可能になる。

38 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

現在、小臼歯に限り保険導入されているCAD/CAM冠を、大臼歯にも適用拡大できるように、要望いたします。

金属材料が高騰を続けている昨今、相場に左右されない、安定した医療材料による、安定した保険請求ができることが望まれます。

39 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

CAD/CAMを用いたブリッジによる欠損補綴の保険導入を要望します。

欠損補綴で主に利用される12%金パラジウム銀合金は、材料的に優れていると考えますが、昨今の金属材料の高騰にて補綴物の保険点数が安定しません。

最近のCAD/CAMシステムの技術向上は目覚ましいものがあります。このシステムを用いることにより、材料料が比較的安価で、鋳造の困難であるコバルトクロム合金やチタンのブロックを使用したブリッジ製作が可能となってきました。また咬合力や耐久性、審美性に優れたセラミックやハイブリッドセラミックブロックによるブリッジ製作も可能です。

国民に対し、経済的で安定した補綴治療を提供するために、ご検討願います。

40 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

CAD/CAMを用いたブリッジによる欠損補綴

最近のCAD/CAMシステムの技術向上は目覚ましいものがあり、従来型の補綴物の鋳造方法による製作に比べ、さまざまな材料を用いることができます。

現在の欠損補綴では12%金銀パラジウム合金を使用していますが、材料的に優れているとはいえ、昨今の金属材料の高騰にて補綴物の保険点数が不安定となっています。

材料料が比較的安価で、鋳造の困難であるコバルトクロム合金やチタンのブロックの使用や、咬合力や耐久性、審美性に優れたセラミックスやハイブリッドセラミックスブロックによるブリッジ製作も可能です。新しい方法による製作を選定療養として導入し、国民に対し経済的で安定した補綴治療を提供するためにご検討願いたい。

41 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

セラミック CAD/CAM の新規導入。メタルフリーはコスト的にも健康的にも広く普及されるべき治療法である

42 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

選定療養として新規導入を考えて頂きたいものとして、小児歯科矯正処置です。現状では特定の疾患を有する場合のみ、歯科矯正の保険適用が認められています。しかしながら、歯科矯正を必要としている患者様は大変多く、高額な治療となるケースが非常に多く満足な治療を受けることが出来ないのが現状です。そこで比較的治療単価が安価で効果が高い小児の歯科矯正処置を選定療養に取り入れていただければと考えております。小児のうちに成長を利用し矯正処置を行うことで、将来、う蝕や歯周疾患にかかりにくい歯列を獲得することができ、更には歯科の予防に対する知識や教育を行うことで、確実に将来のう蝕や歯周病の減少につながり、更には医療費の抑制にもつながると考えられます。現状で考えられる医療費抑制は患者様には不利益をもたらすと考えられますが、将来を担う子供たちが歯科の予防に対する知識や教育をうけることで、子供たち自身は歯の健康という大きな財産を手に入れて、更には医療費の抑制につながり、国民全体の幸福に繋がると考えます。以上、ご検討の程よろしく申し上げます。

43 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

小児期の咬合誘導

小児のう蝕は顕著に減少しているが、小児成長期における様々な発育阻害因子によって歯列不正は増加傾向にある。特定の疾患を除き、一般に矯正歯科治療は自費で実施されているが、小児期の著しい咬合異常は口腔機能不全や顎骨等の発育不全を生じさせる。成長期以後においては、高度な矯正歯科治療や外科手術を要する場合もある。小児成長期における発育阻害因子を取り除くことは歯列咬合の発育や心身の健全な発達、口腔機能の獲得にとって極めて重要であり、将来の矯正歯科治療難度の軽減にもつながる。う蝕や口腔衛生の維持管理との連携や自費で実施されている矯正歯科治療との関連から、選定療養として採用することが望ましいと考える。

対象装置としては、床矯正装置、拡大床、機能的矯正装置およびセクショナルアーチ等とする。機能的矯正装置としては、ツインブロック・ファンクションシグネラター・バイオネータ、アクチバートル等があげられる。

基本診療料、医学管理料・歯科矯正管理料、画像診断、模型診断、口腔筋機能訓練等を保険外併用療養費とする。

装置毎に特別の料金を設定する。

44 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

補綴前処置としての MTM（部分的な矯正）の選定療養としての導入：傾斜歯や転位歯をブリッジの支台装置として利用することは、力学的に困難を伴い予後を不安定にする原因となる。一方、MTM を行うことで咬合力に対して支台歯を有利にでき、補綴物の予後を良好にできる場合がある。現在、MTM は保険適応外で MTM を行った歯に対する補綴処置についても保険適応となるのか疑義が生じるところであるが、MTM を選定療養に導入できれば同歯に対する補綴処置を保険で行うことができ、補綴物の良好な予

後に資するものではないかと考える。

45 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

歯科衛生士業務に対する評価の向上を、要望いたします。

歯科保健指導の重要性が高まる中、歯科衛生業務の業務は煩雑かつ高度化してきております。

現在、歯科衛生士業務に対する保険医療の評価としては、外来診療における「①：歯科衛生実地指導料」と、歯科訪問診療における「②：訪問歯科衛生指導料」があります。②については月4回までの保険請求が可能ですが、外来での指導については、月に複数回行っても、①の算定が月1回までであり、請求点数も訪問診療と比較すると厳しい評価と言わざるをえません。

実態に即して、外来診療における「歯科衛生実地指導料」も月に複数回算定ができ、その評価点数も向上していただくことが、国民の健康増進に寄与するものと考えます。

46 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

1. 歯科使用金属（12%金銀パラジウム合金）

現在、保険診療が認められている金属材料の価格の高騰が問題となっている。歯科医療で補綴材料として、審美性以外の要件は満たしており今まで使用されてきた。現状、逆ザヤの状態が続いており、保険診療導入であれば、その見直しが必要であるが、半年に1度の見直しも、以前からの公示価格±5%での見直しとなり、逆ザヤ状態が続いている。不足している価格を補えないのであれば、患者からの徴収も考えるべきで歯科医療機関が負を受け持つ点では、保険診療に疑問が生じる。選定療養として、医院独自の価格設定には疑問が生じるが、ある程度定めた価格設定の上、選定療養としての導入も考えていただきたい。

2. 床義歯内の補強線

床義歯では、破折症例がよく見かけられる。今後、高齢者社会を迎えるに当たり、義歯破損症例は、保険診療で多く算定されることとなる。昨今、医療費を削減するために様々な意見があるが、義歯製作時に補強線を選定療養として請求し、今後の医療費削減の可能性を探る必要性はあるのではないかと。

47 年齢：無回答 職業：無回答

歯科インプラント治療の「奥歯治療」の保険適用を是非ご検討いただけませんか。

30年前に奥歯3本をインプラントにしましたが、化膿したため作り直す必要が生じております。

現在50歳で、教育費などの支出が大きく、金銭的制約から入れ歯を選択せざるを得ません。今後そしゃくする上で最も重要な奥歯3本が入れ歯になることに大きな不安を感じております。「奥歯治療」の選択肢が事実上入れ歯しかないのは、医療の進歩によりインプラント技術がありながら極めて偏った内容であると感じております。

例えば、奥歯3本までに限り保険適用を可能にするなどのご検討をいただけませんか。

48 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

残根上の義歯・インプラント上の義歯の導入について

金属床での選定療養は、総義歯に限られている。現在の治療方針としては、いかに歯を保存するかという事が主流になっており、残根にて歯を保存する事も多い。この様な場合では選定療養は認められな

い。しかし、残根にて歯が残っていることにより、義歯の安定、咀嚼時の咬合力増加等が考えられ、患者のQOL向上には必要不可欠な処置と考える。よって、総義歯の残根上義歯の選定療養は認めてもよいと考える。また、平成22年改定から、一部インプラント治療についても保険で認められていることから、インプラントでの残根上義歯も選定療養を認めてもよいと考える。

49 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

平成20年4月の改正で先進医療技術の保険導入(歯科)として、歯周組織再生誘導手術が導入された。現在、様々な手技や材料等を用いて歯周組織の誘導がなされ、歯周治療の一環として確立されているものも多い。術式としては、ほぼ同じであるが使用材料によって保険外の治療となるケースが多い。また、保険外の歯周外科を行ったため、以降の補綴処置が保険で取り扱われないケースもかなりの割合であり、結果として経済的理由から最善の治療を選択できないこともある。そこで以下の材料を使用した場合にも、選定療養として認めてはどうか。

- ・エムドゲイン
- ・バイオス等の日本で承認された骨補填剤
- ・再生医療等安全性確保法に該当する技術、材料

50 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

歯周外科手術に伴う歯周組織再生誘導材料(エムドゲイン)使用の選定療養への新規導入：歯周病における従来型の治療は歯石、壊死セメント質などの炎症を惹起させる原因物質を除去し、治癒を促すものであるが、すでに破壊された歯周組織の再生は困難である。エムドゲインは歯周外科の治療後に塗布することにより、破壊されたセメント質などの再生をはかるものでありその有効性は認められているが、現在保険導入されていないことから実施するには保険給付の歯周治療では実施できない。これを選定療養に導入することにより歯周病が重症化した歯の保存に資することが可能となるものとする。

51 学会

矯正歯科治療は、第13部歯科矯正の項に示された通り、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」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。)の手術前後における療養」に限り保険診療が認められています。

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294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、294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、ジルコニアセラミックブラケット(約1,700円/1個)、アルミナセラミックブラケット(約1,500円/1個)、コンジットブラケット(約1,000円/1個)などが挙げられます(※一般社団法人日本歯科商工協会調査)。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。

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。

52 個人 年齢：40歳～64歳 職業：その他の医療従事者

最近、医療機器として保険収載されたものの中に、従来とはやや異なるものが含まれていることに気づきました。例えば、人工乳房や骨導補聴器などです。治療用具というよりも、補装具に近いものだと思います。

ただし、人工乳房も、骨導補聴器も、保険における適用範囲は限定的であり、いずれも外科手術を伴うものであるため、保険に入るのも十分理解できます。

今後、このような「身体の欠損又は損なわれた身体機能を補完・代替する用具」である、補装具に近い特性を有するものと、手術等の医療技術が一体不可分なものとして組み合わせられて用いられる場合に、今回、公募されている選定療養の新たな類型にしてもよいのではないかと考えました。

例えば、人工乳房は、乳がんに対する乳房全摘出後の乳房再建術に用いた場合に限定されているようですが、これ以外の場合で、疾病により乳房再建術を行う場合に、医療材料部分は患者負担とし、手術料等は医療保険から支払われるような仕組みが考えられるのではないのでしょうか。

患者さんの選択肢を増やすために、是非ともご検討をお願いします。

53 年齢：20歳～39歳 職業：歯科医師

現在、保険に収載されている支台築造法は、レジンコアかメタルコアである。レジンコアでは強度が少なく、メタルコアでは歯根破折の確率が増してしまう。そこで硬さやしなり具合が歯と似ているファイバーコアを使用することで、歯が受け止める力を分散して破折などのリスクを減らすことができる。また、メタルコアのような歯肉の変色や金属アレルギーの心配がない。現在、支台築造にファイバーコアを選択すると被せ物も保険外の治療を選択しなければならない。ファイバーコアを選定療養に導入できれば、被せ物も保険治療で行うことができる。何より自分の歯の寿命を延ばすことができる治療こそが国民の望んでいることではないのだろうか。

54 年齢：65歳～74歳 職業：歯科医師

現在レジンコアについては保険給付の対象ですがファイバーコアを選定療養としてファイバー部分を患者負担とする。

55 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

選定療養としてファイバーポストを新規導入してほしい。理由として歯根破折が起こりにくく、審美性にも優れており歯を延命することができるからです。また腐食抵抗性が高く、金属ポストに比較して容易に削り取ることができるため、再治療時に歯質の喪失が少ないなどの利点があります。

56 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

ファイバーポストコアの導入

定期的にメンテナンスされている患者の歯の喪失原因は、う蝕や歯周病より歯根破折が圧倒的に多い

と言われている。この歯根破折を予防することができれば患者の咀嚼機能の維持に大きく貢献する。現状の保険適用の支台築造はメタルコアもしくはスクリューピンを併用したレジンにより行うことが多いが、歯の弾性係数と近い材料で支台築造を行わないと歯根破折の原因となる。ファイバーポストコアの弾性係数は、従来の金属製ポストに比べ象牙質に近似しており、歯のたわみに応じて屈曲しながら応力を分散するため、歯への負担を大幅に軽減する。このようにファイバーコアを使用することによる恩恵は大きいものと考えられ、選定療養の導入をお願いしたい。

57 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

【ファイバーポスト】

ファイバーポストは日本国内で使用可能になってから10年以上が過ぎた。ファイバーコアは歯質と同等な硬さを有し、歯根破折がメタルコアより少ないこと、また歯根破折しても破折の状態から抜歯に至らず再度歯冠修復が可能なケースがメタルコアより多いことが報告されている。メタルコアが原因となった歯根破折は抜歯となることが多く臨床でも非常に問題であり、それを回避するように治療は行われる。しかし、歯質の残存量が少ないような場合も現状ではメタルコアを使用するしかない。現在は多くのメーカーから販売され、非常に価格も安くなった。こうしたことを踏まえ、ファイバーコアを選定療養の新規技術として導入し、保険導入について検討することが必要です。

58 団体

2. 既存の選定療養の見直しについて

現行の選定療養の取り扱い「療養時のアメニティの向上」を目的とし、保険導入を前提としないものである。歯科においては、歯科の金合金等、金属床総義歯、小児う蝕の指導管理の3項目が選定療養となっている。

・歯科の金合金等について

時代の変遷とともに、患者の歯科治療に対するニーズと要求は大きく変化している。前歯部において金合金又は白金加金といういわばメタルを用いた金属歯冠修復などを希望する患者はほとんどいないことから、削除もやむを得ないと考える。

・金属床総義歯について

金属床総義歯をアメニティとして位置付けているが、これは歯科医学的判断に基づく治療行為である。差額徴収が廃止され、昭和51年通知が発出された翌年の昭和52年8月22日の「歯科保険医療問題の改善についての厚生省と日本歯科医師会との折衝経緯（メモ）」では、「歯科保険医療の早急な改善を図るため、厚生省と日歯は、今日まで協議を重ねてきた。特に、本年5月以降は積極的な話し合いを進め、大臣との会談を含め、数多くの折衝を行った。その概要は次の通りである」とした上で、「基本的な考え方については、次の通り意見の一致をみた。（1）国民の医療上、必要かつ緊要とされるものは、保険給付として取り入れる。（2）技術料、特に歯内療法等の基礎的な診療については、その重要性の認識の上に立ち、その適正化を図るとともに、貴金属の使用を必要とする場合は、中医協の答申の線に沿い、材料差額方式を実施する。（3）これらを一挙に実施に移すことは、種々困難な問題もあるので、段階的に概ね3年程度で実現するものとする」とまとめ、2年目に金属床義歯の保険導入を掲げていたはずである。

厚生省が「国民の医療上、必要かつ緊要とされ、保険給付として取り入れる」としていた金属床義歯が

なぜ選定療養なのか、しかも総義歯に限ってである。当該項目については、評価療養の項目として再掲することを求めたい。

・小児う蝕の指導管理について

小児のう蝕の指導管理については、う蝕多発傾向者とう蝕多発傾向を有しないものに区分されており、前者は歯科疾患管理料の管理の一環として保険給付されているが、後者については選定療養の取り扱いである。国民の疾病構造が変化し、特に小児におけるう蝕の罹患率については、以前に比べかなり減少傾向にあり、「う蝕多発傾向」という考え方自体に疑問を抱かざるを得ない。将来における歯科医療費の削減に資するためにも、小児におけるう蝕の管理は、う蝕多発傾向か否かにかかわらず、すべて保険給付とすべきと考える。

その観点からも、当該項目については、早急に評価療養として再掲することを強く求めるものである。

・「特別の療養環境」の歯科での展開

現行では病院入院での差額ベッドがあるが、歯科においてもより快適なアメニティ向上に配慮した仮称「差額ユニット」「差額診療室」については、考慮の余地があるのではないかと。全ての患者が同じ診療機器で診療を受けるのではなく、患者によってはユニットにまっすぐ寝られない、仰臥位を取ることができない等の困難な場合等が存在する。これらを一元的に診療側の努力だけに頼るのではなく、選定療養に位置づけられないか検討していただきたい。

・予約診療時間の特別枠

現行においても予約診療や時間外診療での選定療養があるが、歯科では一般的ではない。特別な時間における予約診療を歯科的な選定療用として位置づけていただきたい。例えば、夜間、土日曜・祝祭日を中心として、また診療時間内でも一定時間の特別枠を設け、様々な患者のアメニティ向上に即した診療時間を提供するものである。

・既存技術の選定療養化防止

CAD/CAM 冠が先進医療からの導入の道を開いた実績に準じて、既存の技術であっても先進医療とし、選定療養には導入しない方針で臨んでほしい。

59 団体

(1) 特別の療養環境の提供に係る基準の緩和

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。病院内の環境が患者に与える影響は非常に大きく、ストレスの要因にもなりうる。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)の基準を緩和していただきたい。

(2) 「病院の初診に関する事項」について

① 現在、紹介状を持たず初診で受診を希望する患者に特定療養費として一定の金額を請求しているが、各医療機関で金額が異なっているために患者からのクレームになることも少なくない。特に高齢者においては、大きな病院の方が安心だからという理由で紹介状を持たずに来院される方も多い。今後は一般の方への周知と金額の統一を検討していただきたい。

② 本項目については、「一般病床に係るものの数が200床以上の病院を受診した場合」とあるが、大学病院で精神科病床が200床以上の病院においても算定できるよう、ご配慮いただきたい。

(3) 「制限回数を超える医療行為」について

本選定療養については、厚生労働大臣が定める医療行為に限り回数超えが認められているが、現在認められている腫瘍マーカー（「 α -フェトプロテイン（AFP）」、「癌胎児性抗原（CEA）」）の他にP S A等の医療行為も該当するようにご配慮をいただきたい。

60 団体

特別の療養環境（差額ベッド）について

特別な療養環境を望む場合にのみ、患者の同意の下で差額を徴収しても良いこととなっています。しかし実際には、私たち先天性心疾患のように、治療できる医療機関が限られていて入院の時期を選ぶこともできない患者は、選択の余地もなく差額の部屋を選ばざるをえないことが多々見受けられています。こうしたことが起こらないように、やむをえない個室での入院や医療上必要な場合には、差額を徴収できないことを徹底してください。また、差額徴収が無い一般病棟の数を一定数確保するようにしてください。

61 年齢：40歳～64歳 職業：その他の医療従事者

私が勤務している病院の認知症治療病棟では、患者用の机やタンスなどの整備により、差額ベット代を頂いています。ところがそのタンスは患者によっては使用が制限されています。私物の持ち込みの制限や衣類は全員リースのため、入れるべきものがほとんど無いという現状です。また、車椅子は何年も専門家によるメンテナンスがされず、買い替えもされず、シートが擦り切れホイールは錆び、ブレーキは左右比対称となっていて安全面での問題が生じています。さらに、認知症患者の転倒、転落の事故防止に必要なセンサーなどが全く導入されていないために、患者の安全を守るという理由での拘束がされ、介護保険では拘束の例として禁止されているような、車椅子への安心ベルトでの固定や、ベッドへのボード設置などが日常的に行われています。差額ベット代が良い療養環境に対して支払われるものであるならば、当院の現環境が適合しているとは思えません。加えて、拘束による身体機能や認知機能に対する悪影響を考慮すると、このような現状は改善する必要があると見えます。そこで、認知症治療病棟における差額ベット代請求の要件として、何よりも患者の人権を尊重し、患者の自由な行動を制限しないためにも、転倒、転落の事故防止のためのセンサーやそれに類するものの設置を義務づけること、加えて、車椅子などの買い替えやメンテナンスに一定の費用を費やしている病棟であることを提案いたします。

62 団体

1、提案

選定療養の対象拡大は、保険給付範囲の縮小と医療の格差拡大につながる。これは保険適応のない医療の拡大、即ち混合診療全面解禁を狙った政策である。したがって新たな医療技術や医薬品、医療機器等を選定療養として導入すべきではなく、評価療養として取扱うべきである。

2、意見

- (1) 選定療養は保険導入を前提とされていない。従って、医療に直結する必要な医療技術や医薬品等は評価療養で検討し、安全性有効性が確認されれば、保険収載するべきである。新たな選定療養は「医療保険の給付と直接関係のないサービス」即ち、「医療のアメニティ」の側面に限定した導入を検討するべきである。
- (2) 「日本再興戦略 2014」の方針のもと、「選定療養として導入すべき事例を把握する仕組み」を構築す

るために、今後募集する医療関連団体に製薬団体、医療機器関連団体も加えるとされており、「患者申出療養」を選定療養に位置付ける布石になり得る。

- (3) 選定療養拡大のための検討の場に製薬団体や医療機器関連団体が参加する仕組みは、新たな医薬品等が評価療養へ導入されない場合、「患者申出療養」に容易に転換されうる。一旦、選択療養の導入拡大の仕組みが実現されると、医療は選定療養や「患者申出療養」を介し営利産業化される可能性がある。
- (4) 大病院の初診および再診が選定療養として既に扱われている。これに加え、医療保険制度改革関連法案（健康保険法第 70 条）において、「紹介状なしの大病院受診の際」、大病院の機能分化の観点から 5,000~10,000 円の定額負担を選定療養として義務化しようとしている。しかし、地域によっては、大病院を受診しなくなった患者を受入れることが中小病院あるいは診療所にとってどこまで可能であるのか、地域の特殊性を考慮する必要がある。選定療養は、本来患者と医療機関との同意で行われるべきであり、地域性を考慮しない一律な義務化は、選定療養の本質になじまないのではないかと。
- (5) 「180 日以上入院」は、病状によっては必要不可欠なこともある。入院期間決定は医師の裁量で行われるべきであり、一律に選定療養とすべきではなく、診療報酬で評価すべきである。「制限回数を超える医療行為」についても、医療現場では避けることができない場合がある。必要な医療を確保し医療の質低下につながらないようにするという観点で保険給付の拡充を検討する必要がある。

63 団体

紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担の除外事例の導入

診療科によっては受け入れる診療所がないため、地方の大病院が外来診療を担っており、病院の機能分化が不可能な地域が全国に多数ある。その地域の住民が大病院を受診する場合にも定額負担を強いる事は不公平である。したがって、紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担を導入する場合は、地域に診療所がなく大病院が外来診療を担っている診療科は除外すべきであるため。

64 団体

制限回数を超える医療行為の範囲拡大

腫瘍マーカーの範囲拡大

現在、腫瘍マーカーのうち、患者の不安を軽減する必要がある場合に限り実施された、癌胎児性抗原 (CEA) 精密測定、 α -フェトプロテイン (AFP) のみが対象となっているが、その他の腫瘍マーカーについても、患者の不安軽減に大いに役立つと考えるため。例えば PSA や CA19-9 など。

65 団体

制限回数を超える医療行為の範囲拡大

ヘリコバクターピロリ菌の 3 次除菌

ヘリコバクターピロリ菌の 2 次除菌までは診療報酬で認められているが、新薬の保険収載や、新しい組み合わせの発表等で 3 次除菌を希望されることもあるため。

66 団体

ヘリコバクターピロリ菌 3 次除菌について

ヘリコバクターピロリ菌 2 次除菌までは、保険診療が認められている。3 次除菌となると自費扱いと

なり、混合診療を招きかねない。よって、3次除菌に対して選定療養として頂きたい。

67 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

「義歯調整料について」

26年4月改定より、歯科では義歯の調整は月1回の算定となっている。歯科診療を行うに当り、痛みや苦痛は歯科医師が決めるものではなく、口腔内所見や症状、患者の訴えから判断し、総合的に判断して処置しているのが現状である。

義歯に関しては、個人の顎堤の状態差や、痛みによる閾値、また、最近では、長寿による介護者（医院には一緒に来られるが、施設に任せているのみ）が、患者の現状把握できていない場合が多く、また、本人が認知症の為に、歯科医師として治療の術がない（口腔内に問題がない場合）場合もみうけられる。

1回の調整後、その後として数回の義歯調整料に関しては、選択療養としても良いのではないかと。

68 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

・回数制限を超える医療行為について

義歯の調整について、改定前は月に数回の調整が認められていたが、今改定より月1回に変更になった。今回の歯リハ1の調整料は、今までの調整料の数回分を包括しているものと考えられる。義歯とは、患者の口腔内の状況により難易度は格段に差がある。1回で済むものもあれば、数回行ってもなかなか合わない患者もいる。国が考えている包括回数を越えた回数からは、自費にて請求を認めては如何か。

69 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

口腔衛生実地指導は歯科衛生士が行った場合、月1回のみ算定可能となっている。しかし、月1回のみ指導では十分口腔衛生状態の改善が認められない事はよくあることである。また、歯科医師自体が口腔衛生実地指導を行っても算定出来ない。そのため歯科では無料で口腔衛生実地指導をおこなっている事が多い。口腔清掃の改善は歯科において非常に重要な事である事は言うまでもない。こうした実情を踏まえ、月2回目からの口腔衛生実地指導は選定療養に加える事が望ましいと思われる。

70 年齢：65歳～74歳 職業：医師

「制限回数を超える医療行為」の類型を選定療養から除外すべき

選定療養の類型の一つに「制限回数を超える医療行為」が認められており、①「腫瘍マーカー（AFP、CEA）」、②「疾患別リハビリテーション」、③「精神科ショート・ケア」「精神科デイ・ケア」「精神科ナイト・ケア」「精神科デイ・ナイト・ケア」について、制限回数を超えて実施した場合、その費用を患者から自費徴収できるとされている。①には患者の不安を軽減する必要がある場合に限り、②には患者の治療に対する意欲を高める必要がある場合にかぎり、③には患者家族の負担を軽減する必要がある場合に限り、実施されるという要件がある。

しかし、診療報酬点数表で設けられているこれらの回数制限は、有効で必要な医療行為ではあるが保険請求は認めない、という制限に過ぎない。本来、医療行為を行うか否かは、個々の患者の状態において「医療上必要か、否か」で判断すべきで、必要な医療はすべて保険給付とし、個々具体的な是非については審査に委ねればよい。

もし、「医療上の必要性がほとんどない」と判断される医療行為であるなら、保険給付と併用を認める

べきではない。

今後、医療費抑制を目的に、他の点数にも同様の回数制限が設定され、選定療養の検討対象に加えられることになれば、「療養の給付」の範囲は次第に縮小し、必要な医療は「療養の給付」として現物給付する、という現在の健康保険法の理念は空洞化してしまう。

71 団体

1、提案

選定療養における「厚生労働大臣が定める療養」として、新たに医療技術や医薬品、医療機器を導入しないこと。患者の財力によって受けられる医療に格差が生じることになり、容認することはできない。選定療養の対象拡大は、保険給付範囲の縮小につながるものが懸念される。また、なによりも我が国の皆保険制度の現物給付原則に反する。

2、意見

- (1) 既存の選定療養の項目でも、保険給付の対象にするか否かを検討し、保険給付の拡大をはかること。
- (2) 入院の必要性は主治医の判断によるべきであるのに、一律の入院日数によって保険給付の一部が外され患者負担にされるのは正当性がないため、180日を超える入院は選定療養から外すこと。制限回数を超える医療行為についても主治医がその必要性を認めたものは選定療養から外すこと。
- (3) 日本社会では、経済格差が広がり、口腔崩壊が生じているなかで、歯科では、品質、安全性が確保され、日常的に定着している治療技術や材料でも、長期にわたって保険に導入されていないものが多数残されている。従って、選定療養の追加ではなく、患者・国民、歯科医療従事者の共通の要望である歯科医療の保険適用の拡充こそが必要であり、現在、選定療養に含まれている3つの項目についても再考すべきものとする。

72 年齢：65歳～74歳 職業：歯科医師

1、部分床義歯の金属床

現在、高齢者の残存歯数は8020運動や国民の口腔衛生意識の向上と歯科医学の進歩によって徐々に増加してきている。しかしながら多数歯の欠損に対する治療としてはインプラント以外には義歯で補綴するしか選択肢はない。

ところが現在認められている部分床義歯はレジン床を主体とするもので、咀嚼機能の回復や審美的回復等の義歯における基本的目的は達成することはできるが、金属床義歯と比較して残存歯の清掃性、支台歯の負担軽減、装着感等はかなり劣るものとなっている。

そこで金属床総義歯に加えて部分床義歯の金属床を選択療養にすることによって義歯の精密性や設計の自由度また耐久性に優れた部分床義歯が製作でき、また残存歯や顎堤の保護、歯周疾患の予防がさらに期待される。

併用部分

金属床義歯の設計と同様の設計での保険義歯に算定される費用を控除して残額をまた熱可塑性樹脂部分床義歯に係る一連の診療行為に係る診療項目を保険外併用療養費として給付する。特別の料金については、多数歯欠損・少数歯欠損さらに金属材料別に設定する。

73 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

既存の選定療養制度の中で一般開業医がもっとも多く関係するものは金属床の総義歯ではないだろうか。しかしこの制度そのものが、広く患者に知られていないのは勿論、我々歯科医師の中にも制度の中身を理解してない者も少なくないと思われる。まずはこう言った制度があることを、ポスターにするなどして、もっと世の中に知っていただかないといけないと思われる。それとせつかくの制度であるにもかかわらず、適応のケースに限られることも見直していかないといけない。同じ総義歯でも残根上のケースでは認められていない。患者と歯科医師がなんとか歯を保存して咬合の感覚がある方には適応されないというのも変である。金属床にしたいという患者は多いはずである、そういう方の助けにもなるよう適応症の緩和が必要ではないか？思い切って部分床義歯も適応に入れてもいいのではないかとも思われる。

74 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

本来、部分床義歯は義歯の各構成要素が金属で一体化され剛体として製作される事によって、義歯の沈み込み方向、残存歯の保護等の機能が発揮される物である。全部床義歯への金属床の応用より、部分床義歯製への応用の方が適用症となる患者も多く、患者の長期間に及ぶ同一義歯の使用を希望するといった実情を踏まえると、部分床義歯製作時の金属床義歯の選定療養への追加が望ましい。

75 年齢：無回答 職業：歯科医師

1. 「金属床による総義歯の提供」の拡充として「金属床による部分床義歯の提供」を導入し、統合して「金属床による有床義歯の提供」とする

8020 運動や歯科医学の進歩また国民の口腔衛生意識の向上等により、残存歯数は増加しており、高齢者においても欠損補綴は総義歯よりもブリッジや部分床義歯への移行が見られる。また多くの国民が罹患している歯周疾患治療との連携した歯科診療は重要である。精密性や設計の自由度、耐久性に優れた金属床義歯はう蝕や歯周疾患への影響もレジン床に比べて優れており、良好な装着感とも相まって口腔機能の維持管理に有用である。現在、金属床総義歯は選定療養として実施されているが、部分床義歯の金属床については自費診療となっている。選択的医療の性質が強いといわれる歯科においては、部分床義歯の金属床についても選定療養に採用することは他の保険診療とも連携が計れ、その優れた耐久性により保険適用のレジン床義歯に比較して再製作及び修理の頻度が格段に少なく、結果的に保険医療費の節減に資する結果となる。また、優れた適合性により患者に良質で快適な歯科医療を提供することになり、国民の健康維持に役立つものと判断される。

2. 「前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給」の見直しとして、前歯部の硬質レジン前装冠（金合金又は白金加金を使用）を適用の対象とし、新たに「前歯部の前装鑄造冠に使用する金合金又は白金加金の支給」とする

患者の補綴物の審美性に対する意識の変化や歯科医療技術の進歩等により、本項目による選定療養の実施はほとんどないものと推測され、現在の歯科医療水準に合った内容への見直しが求められている。現在保険適用になっている前歯部の硬質レジン前装冠に使用されている金銀パラジウム合金は金合金や白金加金の代用合金の意味合いが強い。そこで歯科理工学的に優れた性質を持つ金合金又は白金加金の支給について現状に合わせて選定療養を拡大することは、患者の口腔機能の改善や満足度向上に寄与するものである。

保険給付等の運用については現行の前装鑄造冠に準じて行い、冠本体の差額を保険適用外とする。

76 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

1. 金属床部分床義歯
2. 前歯部の材料差額

77 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

「歯科の金合金等」の見直しが必要と思われる。

「歯科の金合金等」は、前歯部において白金加金又は金合金を修復材料として用いた場合に対象となるものである。しかし、審美性を重視する現在において、前歯部に金合金等を使用することは、療養時のアメニティの向上をもたらすものではなくなっている。前歯部に金合金等を希望する場合は、保険外診療と見なすのが妥当ではないか。

「歯科の金合金等」は、臼歯部においてその材料の特性により、療養のアメニティの向上をもたらすものとする。臼歯部におけるMC、FMCの治療を対象とすべきではないか。

78 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

前歯部に「陶材焼付冠」を新規導入すべきではないか。

前歯部において、アメニティの向上をもたらすものは、現在では金合金等ではなく、歯冠色による修復であるため。

79 年齢：65歳～74歳 職業：歯科医師

「う蝕に罹患している患者の指導管理」は選定療養から除外すること。

本制度の対象となる指導管理は、う蝕多発傾向を有しないものの「継続的な管理を要するものに対するフッ化物局所応用又は小窩裂溝填塞による指導管理」が対象となっているが、「継続的な管理」が必要であるならば、すべて医療保険で給付すべきである。

また年齢、乳歯・永久歯別、う蝕の多寡により患者を選別する「う蝕多発傾向者の判定基準」により、う蝕歯1本、年齢1歳の差異で保険給付か否かを左右するうえに、う蝕が比較的少ない患者への保険給付を一部制限する取扱い是不合理である。

「う蝕多発傾向者の判定基準」は廃止し、1歯でもう蝕に罹患している患者へのフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞は医療保険で給付すべきである。

80 団体

昨年6月24日の閣議決定にある「選定療養について、対象の拡充を含めた不断の見直しを行う仕組みを構築すること」については賛成致します。

選定療養に関しては、長い議論の歴史の中で、その概念が不明確となっている部分があります。約10年前に中医協において「再整理を行っていくことについて検討すべきである」との方向性が示されながら、積極的な対応が無く今日に至っており、今回の議論を機に、まずは選定療養の位置づけと活用の方向性について、慎重な議論を行うことをご提案致します。

81 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

選定医療としては日常の臨床において遭遇することはほとんどありません。非現実的な制度で、かつ利用するには条件が複雑です。〇〇の場合に△△を除いて算定できる等ではなく、広く一般的な条件で算定できるようにすることが国民に一律に良い医療が与えられる。

82 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

歯科においては選定療養として認められているものは、金合金等の使用、総義歯の金属床と小児齲蝕の指導管理のみである。今回の改定で根管治療終了後の補綴物の歯科においては、保険診療における制約が多く、歯科医師の裁量権はほぼ認められていないと言ってよい状況にあると言っても過言ではなく、先進的な治療を行おうとすると、混合診療になるため、患者の負担が大きくなる。例えばマイクロスコープの使用による歯内療法などは、機材の導入には多額の費用が必要だが、保険診療では全くのサービス診療となる。これを自由診療で行うと、混合診療になる。また、日本の歯科診療所での普及率が急増しているCBCTにしても使える症例に限りがあり、それ以外に使うと混合診療となる。混合診療を全て認めるとは言わないが、選定療養をもう少し増やし、先進的な医療材料、医療機器が医師、歯科医師の裁量をもって行えるようになることを希望します。

83 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

特に女性の場合、義歯の金属クラスプの審美性について訴える人が多いです。中にはそのために義歯装着を拒否される方もあり、臼歯部欠損放置のまま、結果的に歯周病の進行を促進し、欠損歯を増やす結果になることもあります。審美を保険で行うことには意見もありますが、見た目は社会生活を行っていく上で、大きなウェイトを占める1要因でもあり、歯がないことで、就職に支障をきたすケースもあるようです。義歯以外でも、最低限の社会生活を行っていく上で、見た目を担保してあげることは重要なことではないかと思えます。

84 団体

これまで診療報酬改定時に学会が保険導入を要望してきた医療技術等、診療本体にかかわるものを選定療養の対象としないこと。なぜなら、選定療養は保険導入を前提としないもの(「厚労省ホームページ」とされており、これらを対象とした場合は、医療・医学の進歩を医療保険に採りこむことの放棄となり、健康保険制度の本旨に反することとなるため。

85 年齢：40歳～64歳 職業：医師

選定療養の類型について、今以上の拡大をすべきでない。今回の提案の趣旨はアメニティ部分の拡大とされているが、「学会等を通じ、定期的に選定療養として導入すべき事例を把握する仕組みを年度内に構築する」とされ、医療技術まで対象とする懸念があり、強く反対する。

「選定療養」は「評価療養」と違い保険収載への道がない。学会から保険収載の要望のある医療技術であって、「評価療養」での保険収載に至らなかった場合、「選定療養」に組み込む要望が出されることも考えられる。保険収載に至らなかった医療技術に対し、保険外併用療養費として医療保険財政を使用することは、医療保険制度の在り方として適切ではない。

また、新しい技術であって、「選定療養」に位置付けられた場合、その技術は保険収載の道が閉ざされることとなる。これでは新しい技術(自由診療)の負担ができる患者しか受けられることができず、医

療格差を拡大させる要因となりかねない。

今回の提案はあくまで「アメニティ部分の拡大」に絞った検討とあるため、これをはみ出す議論は行わないことを強く要請する。

86 学会

災害直後については災害救助法が適応され、診療費などの支援が受けられる。

しかし、中長期的には、失業や収入が減少するなど、経済的には厳しい状況に置かれる。

そのため、生活への負荷となるような、これ以上の「選定療養」の導入は賛成できない。

時間外診療、大病院の初診などへの上乗せは、被災の有無にかかわらず健康格差につながることもであるため、最小限にしてほしい。

87 団体

(1) 「選定療養」の項目について

現在「選定療養」として定められている項目のうちの多くは、事実上、医療上必要にもかかわらず、選択の余地がなく、保険外負担として患者が支払わざるを得ないことになっており、国はこの機会に患者の実態調査を行ったうえで、縮小・廃止の方向に転換すべきです。医療上、必要なものはすべて保険収載を行うべきであり、ましてこれ以上新規を認めることは、患者の生活を脅かすものと言わざるを得ません。私たちは反対です。

(2) 「選定療養」のしくみについて

保険収載を前提としない医療行為を固定化するものであり、廃止すべきと考えます。

(3) 今回の意見募集のテーマについての疑問

今回の意見募集については、「導入すべき事例等に関する」となっていますが、廃止や縮小に関する意見が反映される内容になっていないことに疑問を感じます。国民への意見募集は、公平公正に行うべきと考えます。

88 団体

選定療養は廃止し、既存の項目は原則的に保険収載し診療報酬で点数化をはかること。選定療養の代表格の「特別の療養環境」、いわゆる差額ベッドは個室、二人部屋で認められており、このことは裏返すと医療保険では個室、二人部屋は今後、ありえないことを意味している。既に団塊の世代の高齢化に伴いプライバシーへの配慮が介護保険導入頃から指摘されて久しく、今後はその要望は一般的なものとなっていく。また、選定療養の多くは本来、診療・療養に必要なものであり、特別料金（自費）の徴収で差別化を図る筋合いのものではないと考える。

89 団体

選定療養そのものに対する意見

国民皆保険制度は日本国民であれば、いつでも、どこでも、だれもが安心して医療を受けられることを保障したものであり、国が保障すべき国民の医療水準を体現したものである。

国は可能な限り保険制度を充実させ、安全性、有効性が確立した医療技術や薬、材料を、それぞれの適正な評価をもって速やかに保険収載すべきである。

選定療養は、将来にわたって保険収載すべきではないと判断された技術等である。根本的にはこのような制度が保険内に存在することに反対である。安全性、有効性が確立した医療技術や薬、材料であれば、将来条件が整った段階で保険収載すべきであり、安全性、有効性が確立していないのであれば、保険制度に関与させることは望ましくない。

90 年齢：40歳～64歳 職業：歯科医師

選定療養は受診格差を生み、必ずしも患者のニーズに応えられない。保険財源の流用で少ない財源を圧迫するのであれば撤廃し、保険診療に当てるべき。

91 団体

全国心臓病の子どもを守る会に属している心臓病児たちは、手術で症状の改善される病児もいる半面、生涯にわたり医療的ケアを必要とする病児が大半をしめております。そのため、今回遡上に上っている選定療養には、大変関心を持っております。したがって、選定療養の見直しにあたっては、医療関係者のみではなく、利用者の意見を十分に反映できるようにすることを望みます。また、具体的には、ホームページでの意見募集だけではなく、関係する患者団体から直接意見を求めるなどの仕組みを作ることで、慎重な検討が行えるようにしてください。

※ 事務局において最低限の語句の修正等を行っている場合がある。