

寄せられたご提案・ご意見

(募集期間：平成 29 年 3 月 15 日 (水)～平成 29 年 5 月 19 日 (金))

1. 選定療養として新規導入すべき事例に関する提案

(現行の 10 類型以外で新たに選定療養に導入すべき事例の提案)

1 個人 年齢：40～64 歳 職業：医師

【具体的内容】

主治医が、医学的に退院可能と判断した時点以降の、食事療養費、入院基本料等については、10 から 7 割負担とする。

【理由】

患者本人及び家族の社会的入院延長を抑制するため。

2 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

前歯部の金属歯冠修復をメタルボンドとした療養

【理由】

前歯部の補綴においては、審美性も重要になる。レジン前装金属冠は審美性に劣るため、セラミックでの修復を新規導入すべきと考える。

3 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

スポーツによる障害を防止するためのマウスガードの製作

【理由】

中学生、高校生等に限らずスポーツによる外傷により障害を引き起こす事があり、スポーツ歯科の必要性が高まっている。スポーツ外傷を予防するためには、マウスガードが有用であることが指摘されてきている。マウスガード製作をすべて自己負担にすることは、負担が大きく、普及が困難であるため。

4 個人 年齢：40～64 歳 職業：自営業

【具体的内容】

救急車不適正利用者への「救急外費」

【理由】

救急車有料化まずは選定療養費??

救急車の、適正利用が問題になり有料化かもとありますが、はたして利用する側だけの問題だけなのでしょうか?

そこで気になる①です、救急車には、救急救命士という、有資格者が乗車しています。

しかし、この資格者が乗車していても、病院に到着して、元気に降りてくる方が以前と変わりなく多いように思います。

救急救命士の役割は、医療機関と連携して、有資格者の応急処置を行なうことになっていると思います。

そこで、疑問なのですが？

現場で救急車による、搬送の必要性の判断はできないのかということです。

医学的には、多少は可能と思います。

しかし、政治的圧力、特に地方議員やすぐ騒ぎ出す市民への対応を考えると無難に搬送するしかないのではと思います。

消防隊員も地方公務員です、現場の判断だけで動けない事情もあると思います。

次に②です、医療側の連携体制はしっかりとれているのかです。

現状では、心電図等の伝送システム等でハイリスクの搬送患者については、医療側と連携をとられたりしているようですが、これを現場からの症状判断報告で、救急車搬送か、タクシー又は後日診療時間内対応なのか判断できないのかです。

おそらく、医療側は救急救命士から軽症状の報告を受けたら「それぐらい自分たちで判断しろ」とか思います。

しかし、救急処置専門の救急救命士だけで判断するには、リスクが高いことから、やはりここは医療側の判断が求められることだと考えられます。

この、救急救命士からの診療判断（搬送判断）をできればよいと考えます。

この二つが解決されれば、利用者側に救急車の適正使用を強く求めなくとも、救急車側だけで、適正利用率アップにつながるのではと思います。

直近で可能な負担方法は、選定療養費で行えばと思いますが、最終的には25年問題に合わせての、俗に言われています「超急性期病院」と「一般急性期病院」、要は「DPC算定病院」に、救急車運用体制の医療点数化及び評価係数や助成金を出し、各医療圏ごとに連携医療機関体制ができた地域から高い地域点数地域係数をあげ、ゆくゆくは救急車の搬送業務を、消防から病院へ移行してはどうかと思います。

なぜ、病院なのか？。

まず、政治圧力がないとは言えませんが、医学的に適正な判断ができる。

続いて、現場での搬送判断にも、医師が直接指示ができるということです。

又、通称「たらいまわし」についても、救急車から医師の判断のもと詳しい所見を、救急病院の医師に伝えれば、現在治療中の患者との治療順番等を考慮しての受入れが可能になるのではと思います。

体制については、DPC算定病院の超急性期病院は救急車4台、一般急性期病院は3台として、各病院の所属の医療圏ごとに必要台数分の救急車を確保して、へき地での救急体制には、該当医師会が検討して、超急性期病院の救急車又は一般急性期病院の救急車を人員とセットでへき地医療機関に配置するなどして対応すれば、可能ではないでしょうか。

合わせて、DPC算定病院の、条件に救急隊体制を入れたら、過剰すぎる急性期病院病床も減

少するのではないのでしょうか。

もし可能ならば、逆に療養型病床が、多い地域では、療養型病床過剰指定地域として、救急隊体制の整備を設けたらよいのではと思います。

救急体制としては、現状の「119」の消防を指令室にして、消防指令室から現場に直近の病院救急隊に連絡がいくようにする。

PA連携等の判断は、指令室で行なう。

病院救急隊の体制は、病院指令室員1名と、各救急車ごとに、運転手1、助手1、看護師1又は医師1の3名を常時待機させる。

救急車保有病院は、必ず救急隊対応の医師を常時待機させ、現場への支持判断をする。

※無線体制の確立が必要。

看護師又は医師が乗ることで、現場での搬送判断が可能になり、不要な搬送による救急病院の患者対応を減らせる。

また、現場からの報告により、搬送到着までに病院側の受入れ体制が確立される。

救急救命士は不要な資格となり、消防関係内だけの医療有知識者として、レスキュー資格者必須資格にすれば、救助現場での活躍が期待できる。

毎月、レセプト又はDPCデータと一緒に、依頼件数、搬送件数、搬送断り件数（理由）、搬送者の重症度件数、救急車指示判断件数などを報告させ、救急車体制機能評価を行ない、係数加算又は診療点数加算で対応する。

スタート当初は、消防の救急車を払下げか譲り受けて、最終的には、2年後3年後をめどに、救急車体制は全て病院の運営に任せ救急車等は以後病院で購入として、今までの「救急は消防、医療は病院」ではなく、「救急から医療まで」と体制を変えていく。

あえて言いたいのが、医師を派遣している大学病院等についても、常勤の派遣医師を救急車体制病院へ送り出している大学病院には、高い評価係数か点数対応していただきたい。

逆に、救急体制無しの病院への派遣をしている大学病院への減算係数又は減算点数対応としてもらいたい。教授等のお付き合いでの医師派遣を無くす為に、また、該当病院への医師派遣が適切に行われれば医師獲得が今より安易になるのでは。

医師の体制については、厚生局で把握できるのでは？

現状で病院側の不適切な消防救急車利用があるのも事実です、消防救急車の予約利用や、急を要さない転院での救急車利用も減るのでは？と考えます。

消防も普段救急患者を病院に受入れていただいている手前、断りにくいようです。

電子カルテ等に、〇〇さん〇月〇日にオペ予定とあれば、救急対応で忙しい、自病院の救急隊は、救急搬送の必要性無しとはっきりと断れると思いますし、減算対象になるので利用しないのではと思います。

また、他院からの依頼についても、不適切な搬送依頼については、医療レベルによる理由で断ることができます。（これも不適切搬送の場合は減算）

これらを行なうことにより、医療現場が救急現場に行き、現在ドクヘリの体制を地上でも確立できるのではと思います。

病院側の医師獲得は、大学病院の加算方式で集約性が可能。

ファーストコールが消防の為、一機関のみではないことか監査（指導）も可能である。
総務省のお仕事を厚労省で、難しいですね。

5 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

有床総義歯に対する根面維持装置/根管治療中のテック/保険適用されていない材料の使用
（白金加金、セラミックインレー、MTAセメント）/MTMと補綴/インプラント歯にかかるメン
テナンスや治療

【理由】

アメニティーサービスの充実を考えた上で、上記の導入を考えた。
金属総義歯のような技術料格差の含みはやめて頂きたい。

6 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

紛失等による義歯製作より半年未満の義歯再製作

【理由】

認知症等により、義歯紛失事例が増加しつつあるため。

7 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

根管治療時における機器・器具代や材料費等の別途請求について

【理由】

現在の根管治療における保険制度の点数では、機器・器具代・材料費・滅菌代や歯科医師・
スタッフの手間・拘束時間を加味したものとなっているとは言い難いのは周知の事実である。
器具に関しては、ニッケルチタンファイルなどのように高額だが治療に対して有用な製品も
沢山出てきている。材料についても根管治療・根管充填において多種多様な薬剤・材料を使
う。

これらのことを勘案して、根管治療時における器具・材料費の別途請求を選定療養として認
めてはどうか。

8 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

リラクゼーション、軽い運動を目的としたヨガクラス

【理由】

ストレス軽減等のメリットから、現在かかっている患者の治療をサポートすることにより、
通院期間が短くなることを期待できます。予防医療に国民が積極的に取り組むきっかけにも

なり、医療経済的にみてメリットが見込まれると考えます。

多くの患者さんが症状や治療に伴う緊張や不安、睡眠障害などに悩まされながら、積極的なリラクゼーションや休息を取るという選択肢を選ばずにいます。しかしながら、しっかり心と体をリラックスさせ、自律神経のアンバランスを取り戻し、自己肯定感を取り戻すことで治療に対しより前向きな姿勢で取り組むことができるということを実感する患者さんの声があることも確かです。

選定行為としてリラクゼーション提供が対象となることで、患者さんにとって予防とよき治療への可能性が広がると考えます。

米国では様々な臨床試験でヨガのQOLに与える効果や安全性が実証され、ヨガやマッサージ、食事のアドバイスなどが患者さんの利益の最大化を図る目的のチーム医療に取り入れられています。<http://medical-yoga.luna-works.com/column/archives/2257>

日本でも、マタニティヨガや乳がんリハビリヨガをはじめ、患者さんがリラックスする重要性が認識され始めています。

乳がんリハビリヨガ

治療中の方もヨガなどの軽い運動や深呼吸をすることによって精神的、身体的副作用をずいぶん軽減できます。治療が終わった方は運動量を徐々に増やしていくことで、疲労や筋力の回復をめざすことができます。血行が良くなることで、気分や人生観が前向きになります。

体験者の声 <http://breastcancer-yoga.luna-works.com/archives/category/voice>

東京都内では51の産婦人科でマタニティヨガクラスが開催されています。(参照:病院なび) マタニティヨガは妊娠中の心と身体をより健やかにするためのヨガプログラムです。適度な運動と穏やかな呼吸を身につけることにより、快適なマタニティライフ、よりよい分娩、出産後の心のケアを目標とし、穏やかな妊娠、出産、育児をサポートすることを目的としています。

病院でも看護師自らがヨガクラスを提供する例も増えてきています。

<http://yoga-medical.org/course/1550/>

趣味としてのヨガのクラスではなく、心や体の健康に問題を抱えた方に寄り添うためのヨガクラスで大切になってくるのは「できるできない、を問うことなく、本人の体調や感じ方を最優先し、適度な運動やリラクゼーションを提供できるクラスとなります。

そのようなヨガプログラムを提供できるプロフェッショナルをヨガセラピストと呼びます。国際的な資格も存在しますが、日本でも医療者の賛同を得ながらしっかりした職業倫理を持ったヨガセラピストの育成が一般社団法人日本ヨガメディカル協会により始まりました。

<http://yoga-medical.org/course/1446/>

ヨガセラピストによる呼吸法やリラクゼーション、簡単な運動などのセルフメディケーションは特別な努力を不要としながら非常に効果を実感しやすいものです。

医療の現場において、このようなアドバイス体制が提供され、普及していくことで、国が目指す予防医療に国民が積極的に取り組むきっかけになるのではと考えます。

9 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

短期集中治療

【理由】

歯科治療は診断を下せば計画的に治療を進めていけるところが対症治療法が多い医科と大きく違うところである。忙しくて長期間の通院が難しい人、乳幼児受給者証やこども医療費受給者証、ひとり親福祉医療費受給者証など、期限までに治療を終えたい人に有効であると考ええる。

10 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

ホワイトニング

【理由】

女性や若い男性など審美に対する意識が高い人はホワイトニングに大変興味を持っていると思われる。患者や歯科衛生士の呼び寄せにも効果があると考ええる。

11 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係）

【具体的内容】

栄養管理の必要のない患者に対する病院給食の提供を選定療養とする。

【理由】

医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対する食事療養のみ保険給付対象とする。栄養管理の必要性のない患者については、保険給付対象外とし、病院給食を選択する場合は選定療養としてはどうか。

現在、整形外科疾患、眼科疾患、産科疾患など必ずしも栄養管理の必要性のない患者にまで病院給食が提供されているが、入院中の食事については多様なニーズがあり、家族や友人らと一緒に食事をしたり、自由にメニューを選択したいと思うのは当然である。また、国際化に伴い外国人患者も増加傾向にあり、宗教食や菜食主義等にも対応しなければならない。病院の限られたスタッフで採算性のない選択メニューや特別メニューを無理に提供する必要はなく、食事が病状に影響しない患者については、医師の承認のもと、自由に院内併設レストランやデリバリーの利用、弁当の持ち込み等を可能としてはどうか。（例：タイの国際病院）

病院給食の食数が減れば、栄養サポートチーム活動や食事指導などが充実し、治療成績の向上、患者満足度の向上、医療費の削減にも繋がる。また、外食産業の院内併設レストランへの進出や病院専門の給食デリバリー業等の新たな産業を創出し、経済の活性化に繋がることも期待できる。

12 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係）

【具体的内容】

院内処方に対しては選定療養費を導入する。

【理由】

院外処方の割合は、地域差はあるが全国平均で7割程度となっており医薬分業が浸透しつつある。しかしながら、病院と調剤薬局が物理的に離れていることが、高齢者、車いすの患者、体調不良の患者、子ども連れの患者などには負担となっているという声が聞かれる。

そこで、利便性に係るものとして患者が院内処方を選択した場合の選定療養費を導入してはどうか。ただし、薬剤師の配置数、院内調剤件数、後発医薬品使用率等で一定の基準を設け、その基準を満たす病院に限定する。

院内処方を取扱う病院においては、専門知識や認定資格を有する薬剤師が多く配置され、調剤薬局と同様に、お薬手帳による重複投薬チェックをはじめ、医薬品の説明や服薬相談等のサービスが行われている。DPC対象病院であれば後発医薬品への切り替えも対応している。院外処方が主流の中で、患者に選択肢を与え、病院薬剤師による質の高いサービスと物理的な利便性を求める場合には、選定療養費の負担を求めることは妥当であると考えられる。

13 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係）

【具体的内容】

救急受診時における患者の求めによる必要日数以上の投薬の費用

【理由】

緊急時の受診であるため、必要最小量の投薬方針であるにもかかわらず、長期処方を希望する患者がいる。医師が所見した処方日数を超えて、患者の求めがある場合について当該日数分の調剤と薬剤の料金を選定療養として位置づける

自己負担のない（低額な）乳幼児や小児、公費医療者にも適用することで安易な受診、いわゆるコンビニ救急受診を自制してもらう。

14 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係）

【具体的内容】

治療決定とは関係ない患者希望によるノロウイルス検査

【理由】

飲食機関や介護施設等において勤務する者からの検査要望が多い（勤務先との関係と推察される）ことから、当該検査の料金を選定療養として位置づける。これにノロウイルスの感染拡大防止にも寄与すると思われる。

15 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係）

【具体的内容】

患者の求めによる予防的医薬品の料金

【理由】

「予防に」「念のために」とうがい薬や湿布剤など、当該受診日の傷病治療とは関係のない薬剤を希望する患者も少なくないことから、医師の判断により予防的医薬品については選定療養として料金の徴収を可能とする。(院内掲示することにより予防投与希望の抑止力が発生する。患者要望を断りきれず、レセプト病名を付ける防止にもつながる)

16 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員 (医療関係)

【具体的内容】

訪問診療時の予防接種

【理由】

インフルエンザなどの流行を前にした予防接種などを、往診や訪問診療時に同時に実施する場合、混合診療と判断されかねないため

17 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

MTAを用いた感染根管治療

【理由】

多くの文献において MTA の有用性は明らかであるが材料費が高価なためその普及が進んでいない。MTA を用いた感染根管治療により、従来であれば抜歯に至るような症例においても保存できる可能性が高くなり、将来的に高齢者の QOL 維持に貢献でき、総合的には医療費の削減にもつながるものと考えられる。

18 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

歯周病におけるマウスピースを用いた抗菌治療。抗生物質をポケット内に一定時間作用させる事によって歯周病を治療する方法は 3DS と呼ばれ、一定の効果を挙げている。

【理由】

3DS は一定の効果を挙げているが、自費治療になる。歯周病は慢性疾患であり。長期間の治療が必要であり、自費診療の 3DS を使えば、それ以降は混合診療になる為、保健で治療や検査をする事が出来ない。

19 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

未予約患者の受診に対する加算料金

【理由】

予約制に基づき診療を行う歯科診療所において、予約していない患者の治療は困難を伴う。予約患者に迷惑をかける場合が多いからである。しかし多くの場合痛みを伴う等緊急性を有

する場合が多く、断ることが難しいケースが多い。よって予約していない患者の治療を行った際に一定額を加算料金を徴収するものである。

20 個人 年齢：40～64 歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

ノンクラスプデンチャーの導入

【理由】

ノンクラスプデンチャーは、材質の向上により耐久性も改善され、技工士にもよい影響をもたらす。また、金属アレルギーの発症を妨げ、患者にも優しい義歯であるため。

21 個人

【具体的内容】

白内障にかかったときに使われる眼内レンズのうち、高機能のもの（多焦点レンズ）は、選定療養の対象としてほしい。

【理由】

日本の保険制度はわかりにくい（なぜ、ややこしい制度になっているのか理由がわからないので、もっとわかりやすく使いやすい制度にしてください）。

22 個人

【具体的内容】

先進医療「多焦点眼内レンズ」については、「働く若年世代（例えば 50 代まで）は健康保険対象」、「それ以降（例：60 歳以降）は選定療養」とすることを提案します。

【理由】

基本的に「多焦点眼内レンズ」については、患者自身がライフスタイルを踏まえて治療を選択する「選定療養」とすることを希望しますが、働く若年世代については早期社会復帰を考慮して「保険対象」とするのが良いと思います。

23 個人 年齢：20～39 歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

- ①治療決定に影響しない患者希望のノロウイルス検査
- ②時間外受診時における患者の求めによる必要日数以上の投薬
- ③在宅療養指導管理材料加算算定時における、患者の求めによる必要以上の衛生材料費

【理由】

①現在は 3 歳未満および 65 歳以上の患者のみ保険給付可能となっている。しかし、診療の現場においては成人に検査希望者が多く（会社等に提出する診断書を求められるケースが多くみられる）治療自体が保険給付を受けられないことがある。この検査が選定療養となれば治療は保険、検査は自費で受けることが可能になる。

②救急診療については、緊急時の応急処置のため、薬の投与は必要最小限が基本である。しかし、特に小児診療については市町村の公費負担が充実していることもあり、自己負担金が少額であることから、いわゆる「コンビニ受診」が絶えず、時間内診察の感覚で受診され、薬の日数についても通常通りの日数を希望されることが多い。患者の求めによる長期投薬に対する自費負担導入によりこうした「コンビニ受診」一定抑制することが可能になるのではないかと考える。

③在宅療養指導管理材料加算に該当する医療材料について、診察医師が判断した必要な材料以外に患者希望で依頼されるケースが多く、指導料や材料加算の保険給付以上の材料費持ち出し分が発生する事が多い（例：ガーゼ等の衛生材料、カテーテル、チューブなど）。したがって患者希望分の材料費については自費請求することが適切ではないかと考えます。

24 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

現行の取り扱いへの追加

ハイブリットレジンによる歯冠修復、補綴物の提供に関する料金について

【理由】

従来の材料に比べ硬度が天然歯に近い、歯牙の保全に寄与すると思われる。

25 学会

【具体的内容】

画像情報提供

【理由】

現在、他院紹介に際して紹介状とともに、画像情報をCD化して作成する場合は紹介状作成料に含まれて請求される。最近、患者サイドが自分の画像・手術動画などを希望されることが増えており、個々の病院で別途請求を行ったり、完全なサービスとして行っている場合もあると予測される。国として一定のコストを、多少割高でも設定してもらえば、患者サイドも納得して要求されると思われる。

26 学会

【具体的内容】

院内託児システムの構築

【理由】

「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と思われます。

27 学会

【具体的内容】

生活習慣病のうち、運動療法の効果が確認されている疾病に対する運動療法

【理由】

糖尿病、耐糖能異常、高血圧、脂質異常症、慢性腎臓病、などは何れも重篤な循環器疾患に結びつく生活習慣病であり、運動療法が循環器病発症予防に有用であることが医学的に立証されている疾患である。しかし、現状では対象患者数は膨大であり、通常の保険診療として運動療法を実施することは現実的ではない。混合診療を回避するために「医療法人が併設する疾病予防施設（通称 42 条施設）」の制度があるが、施設の面積や職員の要件を満たしにくく、普及していない。心臓リハビリテーション施設は、42 条施設の設備要件を満たしており、安全に運動療法を実施することが可能である事から、心リハ施設ⅠまたはⅡでの、上記生活習慣病習慣病の運動療法を、選定療養に加えていただきたい。

28 学会

【具体的内容】

生活習慣病のうち、運動療法の効果が確認されている疾病に対する運動療法

【理由】

糖尿病、耐糖能異常、高血圧、脂質異常症、慢性腎臓病、などは何れも重篤な循環器疾患に結びつく生活習慣病であり、同時に運動療法の医学的ならびに医療経済的効果が科学的に立証されている疾患である。しかし、対象患者数が多いことから、通常の保険診療として運動療法を実施することは現実的ではない。現状では、混合診療を回避するために「医療法人が併設する疾病予防施設（通称 42 条施設）」の制度があるが、施設の面積や職員の要件を満たしにくく、普及していない。心臓リハビリテーション施設は、42 条施設の設備要件を満たしている事から、心リハ施設ⅠまたはⅡでの上記生活習慣病に対する運動療法を、選定療養に加えていただきたい。

29 学会

【具体的内容】

医科歯科連携した歯周病と糖尿病のスクリーニング検査/糖尿病疑い歯周病患者の歯科における簡易血糖（HbA1c）検査/歯周病疑い糖尿病、前糖尿病患者の内科における唾液潜血検査

【理由】

歯周病患者における未治療、治療中断の前糖尿病あるいは、糖尿病患者を歯科においてスクリーニングして内科受診を推奨することは、糖尿病の発症予防および重症化予防につながり、医療経済効果も大変大きい。当面、専門医連携という形で、双方の施設での糖尿病と歯周病のスクリーニングの効果を3年を目途に検証（健康特区などを利用）した上で、地域かかりつけ医レベルでの条件付き保険導入していくことが望ましいと考える。

30 学会

【具体的内容】

特定健診、歯科保険指導における歯科衛生士、管理栄養士あるいは、保健師による食、栄養指導と継続支援

【理由】

歯周病を含む糖尿病関連疾患における最も医療経済効果の高い療養指導（食栄養指導、禁煙指導）は、効を奏していないのが現状である。医科歯科連携した食、栄養指導支援体制の構築は、患者の自律度を向上させ、糖尿病関連疾患の発症予防と重症化予防に多大な寄与となることが期待できる。

31 学会

【具体的内容】

医科歯科連携した禁煙指導と継続支援

【理由】

歯周病を含む糖尿病関連疾患における最も医療経済効果の高い療養指導（食栄養指導、禁煙指導）は、効を奏していないのが現状である。従来、医科と歯科では、別個に禁煙指導が実施されてきているが、禁煙成功、継続率は高くない。医科歯科連携した禁煙指導支援体制の構築は、患者の自律度を向上させ、糖尿病関連疾患の発症予防と重症化予防に多大な寄与となることが期待できる。（特に医科での現行の禁煙指導の前後における歯科での支援を選定療法とすることでが望ましいと考える）

32 学会

【具体的内容】

色調検査にともなうホワイトニング

【理由】

ホワイトニングは将来的に保険導入される可能性は少ない。薬剤の費用がかなり高い、美容的な診療行為のため。ホワイトニングの需要拡大が期待できる。レジン前装冠による補綴行為のいわゆる差額診療的な利用ができる。

33 学会

【具体的内容】

多血小板血漿を用いた術後疼痛、腫脹の軽減

【理由】

多血小板血漿療法は、第三種再生医療に認定されその有用性が確立しており、一部には「多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍の治療」のように先進医療Bに認定されているところである。そこで本法を、手術に併用することにより術後の鎮痛と創傷治癒を促進させ、患者

QOL と医療経済効果に貢献することを期するものである。

34 学会

【具体的内容】

低周波治療器等を用いた経皮的電気刺激治療による鎮痛および精神鎮静法

【理由】

これまで疼痛管理や精神鎮静法には主として薬物療法が行われているが、患者の全身状態や服薬状況により制約を受けることが多々ある。一方、経皮的電気刺激法（TENS）は非侵襲的でほとんど副作用がなく、すでに鎮痛や鎮静効果の有用性が示されている。そこで TENS を補助、代替療法として選定療法に導入すれば、患者満足度や医療経済効果に貢献するものと考ええる。

35 学会

【具体的内容】

全部床義歯型のオーバーデンチャーに限定して、支台歯に根面型磁性アタッチメントを導入する。残存歯に歯冠のある症例、クラスプ義歯と磁性アタッチメントの併用等は適用外とする。支台歯数は限定せず、残存歯全てに適用可能とする。保険適用外部分の料金については、各施設で設定した磁性アタッチメントの価格を適用する。

【理由】

本邦の磁性アタッチメントは、2005 年より日本磁気歯科学会が中心となって国際標準化を目指し、2012 年に ISO13017 の国際標準化規格の承認を受けており、安定した維持力、耐久性、生体親和性を有し、操作性にも優れ、臨床的にきわめて有用である。

しかし、保険適用外のため一般歯科医の使用頻度は低く、また不適切な操作・適用によるトラブルも散見される。

そこで選定療養導入で磁性アタッチメントの普及を図るとともに、症例を限定することで専門性を担保し、高齢化社会で増加が見込まれるオーバーデンチャーの質の向上、支台装置選択の多様化を目指す。

36 学会

【具体的内容】

う蝕・歯周病の発症リスク判定のための検査として、①CRT バッファー・バクテリア (Ivoclar Vivadent 株式会社) ②バナペリオ (白水貿易株式会社) ③ブラックスチッカー (株式会社ロッキーマウンテンモリタ) を導入し、その診断結果に基づき、う蝕・歯周病に対する予防的視点に立った先制的介入の環境を整備する。

【理由】

平成 28 年度診療報酬改定により、歯科疾患の重症化予防を目的とした「かかりつけ歯科医機能の評価」が新規導入されることになった。それに伴い、社会的ニーズは着実に予防医療

へとシフトしている。当然、そうした疾患への発症リスクに対する患者・国民の関心は高まってきているが、その検査手法は未だ確立していない。

疾病を前提とした保険制度下において、検査の果たす役割は極めて限定的なものであると考えている。それは、従来の大半の検査が疾病そのものの病態を検査する以上のものではないためである。特に、歯科の二大疾患であるう蝕・歯周病についての検査は、X線撮影やプローブ等を使用しての病態検査に留まっているのが現状である。近年では不正咬合も顕著な増加傾向にあり、そうした不正咬合がう蝕や歯周病の成因にも関与したり、咀嚼・嚥下・呼吸・発音・審美などの口腔機能にも少なからず影響を与えていることは新たな懸念要因の一つとして考えなければならない。

そうした疾病に対して、これまでの歯科は治療を念頭においての診療が中心であったが、これからは病因論に基づく歯科医療に重点を置く予防の概念を定着させていかななくてはならない。そのためには、それら疾病の発症リスクの低減を図るような検査が必要となる。例えば、う蝕については唾液緩衝能や関連細菌の検査（CRTバッファー・バクテリア/Ivoclar Vivadent 株式会社）、歯周病については細菌酵素を応用した関連細菌の検査（バナペリオ/白水貿易株式会社）に加え、咬合性外傷の原因ともなっている睡眠時ブラキシズムの検査（ブラックスチェッカー/株式会社ロッキーマウンテンモリタ）等が有効的である。これらの検査を組み合わせ客観的かつ総合的にそれぞれの疾病の発症リスクを診断していくことで、個々の患者に対するオーダーメイドの予防を提案し、ケア中心の定期管理型の歯科医療を構築していくことが可能となる。また、本検査に必要な医療機器・体外診断薬・材料等のインシヤルコスト（合計 569,000 円）やランニングコスト（合計 4,374 円/1 回）が比較的安価であることに加え、操作性や検査結果の判定が容易であることから、その普及性の面についても十分担保されていると思われる。

現行の保険制度では予防給付は認められていないが、それらの疾病が発症し重症化することによる過剰な医療費の抑制が見込まれることを考えれば、健康な生活を維持するアメニティ医療の一環として、選定療養の中にそれらの検査を新規導入する意義は大きい。

従来の病態を診る検査や治療評価のための検査については、新技術による検査も加え、これまで通り評価療養の中での取り扱いを継続しながらも、疾病予防に関わる検査については目的上それらを選定療養として明確に区分すべきと考え、ここにそのご提案をさせて頂くことにした。

37 団体

【具体的内容】

選定療養について以下に総論的意見を示します。

【理由】

保険収載可能な技術を選定療養としないことについては一定の合意形成がなされています。しかしながら、これまでの特定療養費制度以前から現在の保険外併用療養費制度までの長年に亘る制度議論を踏まえ、制度の活用や保険医療の現状を鑑み、選定療養の運用については

将来に向けた議論が必要だと考えています。

38 団体

【具体的内容】

セカンドオピニオンにおける料金上限額もしくは定額の導入
セカンドオピニオンにおける患者の利用を促進することを目的に、一定程度の上限額もしくは定額の設定を選定療養として新規導入することを要望する。

【理由】

医療現場において、インフォームドコンセントの概念や必要性が普及しているが、その利用状況は必ずしも十分でない。全ての患者が自身で診断や治療が適切であるか等を判断することはファーストオピニオンだけでは困難であり、本来の目的である“診断の正確さや治療方法の適切さを確認する手段として、さらには病気に対する理解に時間を要するケースもあることから、セカンドオピニオンの普及が必要である。また、現在のセカンドオピニオンの設定額は、自費診療にあたり、金額設定が様々であるため高額であればあるほど受けられる患者は限定される。選定療養により金額を一定程度一律とすれば、普及が進むと考えられる。

39 団体

【具体的内容】

歯牙欠損予防のための口金

【理由】

麻酔実施時における気管支挿管時に、患者の口腔状況により歯牙欠損を生じる恐れがあり、より安全に操作を行うため、口金を作成して使用することがある。
作成には費用・時間がかかることから、患者によるリスク選択として導入することが適切と考える。

40 団体

【具体的内容】

ノロウイルス検査等基礎疾病との鑑別で、特に必要となる検査項目について

【理由】

食品衛生管理者などが体調不良で受診した際、感染拡大防止の観点から、ノロウイルスの検査結果を求められる事例があるが、現行制度では年齢や移植後など保険請求できる対象が限られている。嘔吐や熱発など、体調不良が主訴である場合、否定材料として当該検査結果は有用であるため、営業停止など社会的に一定の影響が考えられるノロウイルス検査などは新規導入すべきと考える。

41 団体

【具体的内容】

悪性腫瘍確定診断

悪性腫瘍確定診断のために実施した「ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影」、「ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影」及び「乳房用ポジトロン断層撮影」について選定療養として認めていただきたい。

【理由】

近年、悪性新生物が死因のトップを占めることから、早期発見・早期治療が必然であるが、保険診療の範囲は、病期診断及び転移・再発の診断を目的とした場合のみである。やむを得ず実施する場合には、医療機関が費用を負担して実施する対応を強いられている。

疑わしい場合において、早期確定診断が可能となることから、選定療養として認めていただけるよう要望するものである。

42 団体

【具体的内容】

人工授精、体外受精等

【理由】

人工授精、体外受精等については自由診療でおこなっているが、ホルモン注射を施行する過程で、検査や処方が必要となる場合があり、その費用もすべて自費で負担してもらっている。選定療養として導入されれば、新たに発症した疾患に対して保険請求で対応可能となれば、助成金に上限があるため、患者負担は軽減されるのではないかと。

43 団体

【具体的内容】

将来的に齲蝕を発症しそうな小窩裂溝を有する歯で、まだC病名がつけられないものに対してシーラントを私費で行うこと。

【理由】

現在、C選療においてフッ化物の塗布、洗口が認められているが、これと同様にシーラントによる予防処置も同等、あるいはそれ以上の効果が得られると考えられるから。

44 団体

【具体的内容】

超音波骨折治療法は、骨折観血的手術等を実施した場合に保険適用となりますが、保存的治療を選択した場合に選定療養に加えていただきたい。

また、スポーツ外傷に対する保険適用外の高気圧酸素治療についても同様に選定療養に加えていただきたい。

【理由】

超音波骨折治療法は、四肢の観血的手術を実施した例に算定することができます。保存治療

を選択した場合に、治療期間短縮目的に超音波骨折治療法を使用することは認められていません。スポーツ選手では、早期の競技復帰を希望する選手がいるため選定療養に加えていただきたい。甲子園やインターハイ出場を目指している子供に、大会出場を断念させない効果などが期待できます。

また、大学病院ではスポーツ外傷に対する高気圧酸素治療を自由診療としてしばしば行っています。MRI など本来保険扱い可能な診療行為まで保険扱いできないため、スポーツ選手への経済的負担は大きく、選定療養への追加を希望します。

45 団体

【具体的内容】

ノロウイルス抗原定性

【理由】

冬季はノロウイルスの蔓延は著しいものであり、感染力の強いウイルスであるため、罹患者には日常生活で感染拡大防止に努める必要がある。また、食品衛生管理者などが体調不良で受診した際、職場での感染拡大防止の観点から検査を求められるケースがある。下痢・嘔吐症状等あり感染が疑われる場合には検査が実施できるよう、選定療養とすべきである。

46 団体

【具体的内容】

抗インフルエンザ薬の予防投与

【理由】

入院中の患者に対し、インフルエンザの流行期に、治療中の疾病・負傷に対する影響を考慮し、抗インフルエンザ薬を予防投与する際や、個々患者の希望によって、抗インフルエンザ薬を予防投与する際の費用を選定療養とすべきである。

47 団体

【具体的内容】

透析患者に対する食事代

【理由】

平成 14 年度診療報酬改定により人工腎臓の処置料の加算として算定可能であった食事加算（63 点）が廃止されたが、透析患者への食事提供は現状では止めることが出来ない。“療養の一環として行われた食事”については別途実費徴収をすることが出来ないため、一般食を委託業者により提供しているケースが多くある。外来において、“療養の一環として行われた食事”である腎臓食等の特別食（治療食）を提供した場合、選定療養費として徴収することを求める。

48 団体

【具体的内容】

遺伝学的検査で現在対象となっていない遺伝子疾患についての検査料

【理由】

遺伝学的検査で現在対象となっていない遺伝子疾患についても検査を行う体制となっているが、保険診療ではないことから十分に検査を行うことができないため。(受診中の患者に対して混合診療となるため検査ができない。検査を行った場合、患者に請求できず病院の持出しとなる。)

49 団体

【具体的内容】

各種医療相談及び代行手続き等

【理由】

高齢化社会で一人暮らしが増えており、突然の入院時等による病院側での各種申請手続きなどを余儀なくされる場合があるため。役所との複数回のやり取りの後、実際に役所へ出向くこともあり、そういった場合の実費も病院負担となっている。患者の希望により各種代行手続きを行う場合は、選定療養費としての項目として新設していただきたい。

50 団体

【具体的内容】

病院の外来受診等におけるコンシェルジュサービス

【理由】

一部の患者に対して、特別な対応窓口を設置し(時間外対応も含め)、外来受診の予約(院内調整等事前準備)や当日の受診・検査へのアテンド等、スムーズに診療・検査が実施されるように調整する機能に対して、診療報酬とは別に、選定療養での費用の徴収を認める。この場合、現状で予約料を徴収している場合も、別料金とする。

51 団体

【具体的内容】

検診(自治体の検診・がん検診・特定健診等)を保険診療と同一日受診

【理由】

検診と保険診療を同日に受診することで、受診率の向上やデータの利用率向上が期待できる。

52 団体

【具体的内容】

在宅自己注射指導料を未算定患者への血糖測定検査に必要な血糖測定紙や針等の院内処方

【理由】

インスリン注射のない患者は、在宅自己注射血糖加算での算定はできず、血糖測定検査に必要な血糖測定紙や針等を薬局等で購入している。医師が必要性を認めている場合や、患者が低血糖等の不安があるために、在宅での血糖測定を希望する場合は選定療養での費用の徴収を認める。

53 団体

【具体的内容】

公共の救急車搬送及びドクターヘリ等（消防署の防災ヘリ、自衛隊の災害ヘリ）への同乗

【理由】

転院搬送では、救急隊からの要請で医師、看護師の同乗が求められるが、搬送した先の病院から帰る場合は、タクシーなどを利用し、すべて病院負担となっている。本来は病院が負担すべきものではないため、選定療養での費用の徴収を認める。

54 団体

【具体的内容】

医療機関が運用する送迎バスの費用徴収

【理由】

駅から遠い、坂が多いなど、通院に支障があるため通院を控えてしまうケースに対して運用する送迎バスに対して100円程度の負担をすることで通院しやすい環境を作る。あるいは実費にて救急設備の整った車両の貸出及び送迎を可能にすれば、入院期間の延長、公的救急車の過度な要請が減るのではないかな。

55 団体

【具体的内容】

制限回数を超えての栄養指導

【理由】

入院中2回まで、外来は月に1回までと保険診療上算定制限があり、必要に応じ管理栄養士が指導を行っているが、患者が栄養指導をさらに希望の場合、実費徴収にて対応することが出来れば早期退院や健康保持が推進出来る。

56 団体

【具体的内容】

- A. 外科的胸腹部手術に使用する排液バック/上肢骨折による胸部固定帯や三角巾
- B. 再診時、複初診時のコンピューター断層診断料、内視鏡写真診断料/術前検査時のH I V-1.2抗体価検料/保険診療該当患者以外のノロウイルス抗原定性検査料/術前検査以外のA B O血液型検査料

【理由】

- A. 医療行為の中で必要となる衛生材料等について、病院負担となっている。
- B. 医療行為の中で必要となる検査について、病院負担となっている。

2. 現行の選定療養の見直しに関する意見

○ 特別の療養環境

1 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係の企業）

【具体的内容】

個室における長時間の外来化学療法を「特別の療養環境」の適用対象として明確化する

【理由】

人工腎臓（透析治療）と同様に個室利用に医学的な必要性が生じていない場合、プライバシーの重視を希望する患者に対して特別の料金を徴収することを認めて（明確化して）はどうか。（この場合、長時間の定義の目安が必要となる）

2 団体

【具体的内容】

特別の療養環境の提供に係る基準の緩和

【理由】

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り、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。

○ 歯科の金合金等

3 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

歯科の金合金等については廃止でいいのではないかと思います。

【理由】

現在、様々な問題からメタルフリーが叫ばれる時代になってきており、実際、保険診療でもファイバーコア、CAD/CAM 冠が導入されてきております。また、現在の歯科用材料として、セラミックス、ジルコニア等が審美的かつ耐久性のある材料として普及してきております。以上のような背景を考えると、あえて前歯部の修復に関して、金合金を使用する必要は無い時代になってきたのでは無いかと思います。

4 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

現行の取扱いへの追加。

具体的には前歯部へのCAD/CAM 冠等、ハイブリッドレジンを使用した補綴物の提供に関する料金について。

【理由】

強度と耐摩耗性が天然歯に近似しており、歯列の保全に資するものと考えられるため。

5 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

廃止

【理由】

現在の歯科医療現場で前歯部の金属歯冠修復に金合金又は白金加金を使うメリットが考えにくく、ほとんど算定されていないと考えられるため

6 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

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に関する料金は、速やかに廃止すべきである。

【理由】

別途意見を提出した通り、選定療養制度には反対である。安全性、有効性が確立した医療技術であれば、将来条件が整い次第速やかに保険収載すべきである。安全性、有効性が確立していない医療技術は保険制度に関与させるべきではなく、また使われなくなった技術であれば速やかに廃止すべきである。

(2)に記載した技術は、現在ほとんど行われていない。選定療養制度そのものは廃止すべきであるが、なかでもこういった技術は速やかに廃止すべきである。

7 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

取扱の変更

【理由】

現在前歯部の補綴に金合金または白金加金を使用することは無いに等しいため、陶材焼付金属冠またはセラミック冠を選定療養の対象としてはどうか

8 団体

【具体的内容】

廃止の検討。

【理由】

前歯部の金属歯冠修復の頻度は極めて少ない上、代替技術や代替材料もあることから当該類型の廃止の検討を提案いたします。

○金属床総義歯

9 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

金属床総義歯は評価療養もしくは保険導入するべきと考える。

【理由】

選定療養は差額ベッドなど「アメニティ」としての意味合いが強い。しかし金属床総義歯はアメニティではなく歯科医学的に有用な“医療”である。特に、高齢化社会が進み国民のQOLの維持・向上を図り終末期直前まで豊かな食生活を送っていただくためにも、金属床総義歯必要であり、国民の利益に直結するものとなる。

10 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

ノンクラスプデンチャーの追加

【理由】

金属床以外の義歯で、現在は多くの種類の義歯が存在しています。

世の中の審美に対する欲求が高まる中、義歯も審美的な要素を兼ね備えたものが喜ばれるようになってきました。患者さんの治療に関する選択肢を増やし、よりニーズに沿った治療を行えるようにするため。

11 個人 年齢：20～39歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

金属床総義歯は技術料格差も含み単に材料格差やアメニティーと言えるものではないため、見直しを希望。

【理由】

技術料格差含みが考えられるため。

12 学会

【具体的内容】

金属床局部義歯（9歯以上 または 12歯以上）の選定療養への追加（金属床局部義歯の提供に関する料金を徴収できるよう、現行の取り扱いについての一部変更を行うものである。）

【理由】

現行の金属床総義歯は、中医協歯科問題小委での意見等を踏まえ、平成6年10月に導入され、すでに20年以上たち、現場での混乱も無く、今日に至っているが、患者さんへの歯科医療サービスについて、将来的に保険導入を行わないサービスと位置づけられていることから、アメニティーの部分を上向きに向上していく上では、金属床の局部義歯への導入も必要となる。もちろん将来的に保険導入の可能性のある技術について、本来、選定療養から除外されるべ

きではあるが、本技術については、今後も同じ位置づけと考えられることから、慎重な対応が必要である側面は否定できないが、床形態が複雑化し、医療機関での料金設定等で統制がとれない可能性が危惧されることから、局部義歯でもある程度形態の把握が比較的容易となる9歯以上または12歯以上で、とりあえず導入するのであれば、現場対応も容易と考える。もちろん標準化がある程度可能であれば、1歯以上の導入が望ましいが、大きな制度改革となりえる場合には、技術評価の状況をみつつ、ステージを踏んでの対応でもよいように思われる。

なお、各国立大学では、附属病院で自費等の診療についての料金規則を定めており、年に1回以上の見直しが行われている。東京医科歯科大学歯学部附属病院の規則では、本提案に関連する床義歯の部分について、

- 金属床（コバルトクロム床、チタン床、白金加金床、特殊義歯）で片顎、両顎
- クラスプ加算（1個につき）
- アタッチメント類の追加料金（設計料込み）

等の項目で自費の金額設定がされて、これら規則をある程度準拠すれば今後の診療報酬上の技術評価と現場への影響を踏まえつつ対応すれば、さほど問題はないと思料される。

○大病院の初診・再診

13 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係の企業）

【具体的内容】

大病院の初診・再診に係る選定療養について、一般病床200床以外にも新たな基準を設け、基準を満たす医療機関は本制度の対象とする。

（現行）	（見直し案）
「大病院の初診」	→ 「大病院等の初診」
「大病院の再診」	→ 「大病院等の再診」

【理由】

本制度の目的は医療機関の機能分担であるが、200床未満の医療機関であっても大学病院並みの医療機能を有する施設は多く、病床数と医療機能は必ずしも比例しない。大病院の外来受診を抑制すれば、紹介状なしの初診時に費用負担のない中小病院や診療所に軽症患者が集中するが、200床未満にもかかわらず多くの医師を配置し標榜診療科の充実した医療機関、高度医療機器を備えた医療機関、高難易度手術や救急に対応する医療機関等にも軽症患者が集まり、機能分担を図るという本来の目的は達成されない。

そこで、「一般病床200床以上の病院」以外にも新たな基準を設け、その基準を満たす医療機関については選定療養費の導入を認めてはどうか。

基準とする指標としては、医師配置数、標榜診療科、保有医療機器、全身麻酔による手術件数、救急車搬入件数等があげられる。

14 個人 年齢：40～64歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

現在の選定療養費の要件として、特定機能病院・一般病床 500 床以上の地域医療支援病院のみが徴収できるとなっているが、地域医療支援病院においては、一般病床 500 床以上に加え、病床数に関らず例えば、がん診療連携拠点病院指定、救命救急センターの指定等の高度機能の病院にも要件を緩和することを望みます。

【理由】

地域にもよると思うが、高機能の地域医療支援病院にも紹介状なしで多数の患者が受診しており、また、時間外においてもコンビニ受診が絶えない状況です。地方の自治体病院においては、選定療養費の徴収、増額には抵抗があることから、国の制度としての徴収制度が望まれます。

15 団体

【具体的内容】

特定機能病院の再診時選定療養費について、自施設の他の診療科を受診している患者については要件から除外していただきたい。

【理由】

フリーアクセスの医療制度をもつ日本では、大病院（特定機能病院等）志向の考え方が根強く、加えて同一日に複数の診療科を受診することで患者自己負担金を軽減できる状況下では、大病院へ患者が集中することは必然的である。また、外来医療の機能分化を目的として大病院に定額徴収が責務として課せられた再診時選定療養費に関しては、国立大学病院の実態調査において機能しているとは言い難く、その最大の原因である自施設の他の診療科を受診している患者についての要件の除外を要望するものである。

○小児う蝕の指導管理

16 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

C管理の適応範囲拡大とC選療の廃止

【理由】

現行のC選療では、う蝕治療が終了しても要件を満たさない患者では、フッ化物塗布が保険適応されず、自費徴収となっている。そのため、要件を満たすC管理患者とC選療との対応が煩雑であり、現場での混乱を招いている。

フッ化物塗布のう蝕進行抑制効果は明確であり、適応を広げることでう蝕の重症化を防ぐことが可能と考える。そこで、C管理の適応範囲を、う蝕治療終了者ではなく、全ての年齢において、う蝕を認める患者全てとし、C選療は撤廃する。

17 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

う蝕に罹患している患者の指導管理は、予防ではなく重症化予防であることから保険導入すべきものである。

【理由】

ノンカリエス者に対するフッ化物応用等については、医療保険での取扱いは難しいかもしれないが、う蝕に罹患している患者の重症化予防については、医療保険で取り扱うべきものである。現在一部の条件を満たせば、医療保険を利用することが可能（フッ化物歯面塗布処置等）となっているが、こうした条件をさらに緩和し、う蝕に罹患している患者に対して広く指導管理を行えるよう保険導入すべきであることから、選定療養からは廃止した方が良いと考える。

18 個人 年齢：65～74歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

「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べき

【理由】

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は不合理である。

「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。

19 学会

【具体的内容】

現行の取扱いの適正化

【理由】

現行のフッ化物塗布の保険適用は、う蝕歯冠修復終了歯数と13歳未満の年齢要件を満たすC管理患者およびエナメル質初期う蝕患者であり、う蝕治療の終了歯数不足や13歳以上の場合はC選定療法として算定することになっている。また、どちらも満たしていない場合は自費診療となり、患者さんへの対応が煩雑であり、現場での混乱を招いている。フッ化物塗布のう蝕進行抑制効果は明確であり、適応を広げることでう蝕の重症化を防ぐことが可能と考えられる。

そこで、フッ化物塗布を単独のう蝕重症化抑制の処置料として位置付け、その保険適用対象者を、現在う蝕に罹患している者（エナメル質初期う蝕患者も含む）、またその可能性が高い者（プラークスコアの準用等で判断）として年齢は関係なく算定可とする。

それに伴い、C管理およびC選定療法を廃止とする。

20 学会

【具体的内容】

ライフコースアプローチとして、リスク検査に基づいた高齢者のう蝕の指導管理も追加する。

【理由】

高齢者の歯肉退縮等に起因した根面う蝕による咀嚼障害からオーラルフレイルへの進展を抑制する。そのためには、個別のリスク管理、行動変容アプローチによるカウンセリングの導入が必要である。

○180日以上の入院

21 個人 年齢：40～64歳 職業：自営業

【具体的内容】

180日を超える入院に関する料金の廃止。

【理由】

長期入院をさせないための策とみています。

180日以上の一部負担を患者からではなく、医療機関に、保険点数算定も自費もとれませんとする。

収入減により、退院となるはずですが、ただし、早期に介護保険への転用となると考えられます。

22 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係の企業）

【具体的内容】

180日超入院ではなくても退院指定日を超えた患者の求めによる入院（延長入院）の費用

【理由】

例えば180日未満であっても入院医療機関の主治医が自院機能での役割を終えたと判断し、指定した退院予定日を著しく超えて、入院継続を希望する患者に公的保険の費用を用いるのはいかがなものか。

23 団体

【具体的内容】

180日以上の入院については、「1 難病患者等入院診療加算を算定する患者」等、現在17項目の状態等に対し、定められた治療等を実施した場合、定められた期間について、特別の料金（以下「当該選定療養費」という。）を徴収する対象から除外されることとなっている。しかしながら、実際の医療現場では、当該項目の状態には該当するが、治療方法等が限定されていることから、除外されないケースがある。

このことは、当該選定療養費の趣旨である“入院医療の必要性は低い患者側の事情により

長期にわたり入院している者への対応を図るためのもの”に合致していないことから、除外対象となる治療方法等の拡充又は要件の緩和をご検討していただきたい。

【理由】

造血幹細胞移植後の拒絶反応に対する治療においては、免疫抑制療法やそれに伴う抗生剤、抗菌剤等の薬物療法、或いは頻回にわたる輸血療法などがある。

当該治療を実施している患者は、入院期間が長期になることが多く、退院した場合であっても、一月以内に再入院することも少なくない。またこのような再入院においては、新たに入院起算日を設けることは診療報酬上、認められておらず、入院期間が通算され、最終的には、当該選定療養費の対象期間となる180日を超えてしまう。

さらに当該選定療養費の対象から除外される「4 悪性新生物に対する腫瘍用薬（重篤な副作用を有するものに限る）を投与している状態」、「10 末期の悪性新生物に対する治療を実施している状態」等には疾患（悪性新生物）としては該当するものの、それらの状態（疾患）に対し定められている除外対象となる治療方法には合致しないため、重篤な状態であるにも関わらず、当該選定療養費の対象となる。

上記でも述べたとおり、当該選定療養費の趣旨は“入院医療の必要性が低い患者側の事情により長期にわたり入院している者への対応を図るためのもの”である。しかしながら除外要件が限定されているため、その要件に合致することなく、明らかに医学的に重篤な患者が選定療養費の徴収対象となっている事態は、速やかに解決すべき喫緊の課題であり、当該選定療養費の除外条件の拡充や要件緩和等の見直しを要望するものである。

○制限回数を超える医療行為

24 個人 年齢：65～74歳 職業：医師

【具体的内容】

「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

【理由】

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、PSA、CA19-9）」、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、健康保険法の「療養の給付」の範囲として認められている医療行為ではあるが、保険者への診療報酬の請求は認めない、という制限である。本来、必要な医療はすべて保険給付とし、個々の患者の状態において「医療上必要か、否か」で判断すべきである。

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。

昨年、厚労省は「治療中の疾病または負傷と直接関係しない検査」として、保険導入の要望が強いノロウイルス検査を選定療養に導入することを中医協に提案した経緯がある。

今後も「療養の給付」の範囲として認められている項目や保険導入の要望の強い項目が、「制限回数を超える医療行為」「治療中の疾病または負傷と直接関係しない検査」として、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。

選定療養は「療養時のアメニティの向上に資するもの」の範囲に限定すべきで、医療行為そのものを対象とすることには断固反対である。

25 団体

【具体的内容】

リンパ浮腫指導管理料の医科点数表に規定する回数を超えて受けた診療に関する料金
2回目以降の指導を希望する患者に対して指導を行った場合、選定療養費として徴収することを要望する。

【理由】

リンパ浮腫は発症すれば完治が困難であり、継続的な治療と定期的な経過観察が必須である。患者の治療歴や癌の状態、浮腫の状態とその重症度に加え、患者のライフスタイル等の種々の因子を考慮し、それぞれの患者の治療法を選択する必要がある。

リンパ浮腫の日常的な管理は、患者のセルフケアに影響するところが非常に大きく、治療後に改善した状態を維持しつつ、悪化や再燃を最大限抑止できるよう、専門の知識や技術を習得した医療者のチームがこれにあたるべきであり、患者の不安軽減を図りつつ、更なるQOLの向上を目指すため、継続的に指導を希望する患者について対応が必要であるため。

○全般

26 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

選定療養は廃止すべきである。

【理由】

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现したものである。

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。根本的にはこの様な制度が保険制度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。