

7都薬保発第3号  
令和7年6月6日

地区薬剤師会 医療保険担当者 殿

公益社団法人 東京都薬剤師会  
副会長 宮川 昌和

### 選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集について

平素より本会会務に格別のご高配を賜り感謝申し上げます。

今般、選定療養について新規導入すべき事例に関する提案と現行の類型の見直しに関する意見募集が開始された旨、日本薬剤師会を通じて厚生労働省より連絡が参りました。

現時点の薬局における選定療養については、15 類型の中で「⑮長期収載品」が対象となっております。

つきましては、新規導入すべき事例に関する提案、現行の類型の見直しに関するご意見等がございましたら、下記の要領で個別に厚生労働省へご提出いただきますよう貴地区会員へご周知をお願いいたします。

なお、今後の中央社会保険医療協議会での参考資料となりますので、会員の皆様から多くのご意見をご提出いただきたく存じます。

### 記

#### 【提案・意見提出の内容等について】

#### I. 提案・意見の種類

1. 選定療養として新規導入すべき事例に関する提案（現行の15 類型以外）
2. 現行の選定療養の見直しに関する意見

#### II. 提案・意見の内容

- ・ I 「1」を記入した場合の（1）新規導入すべき具体的事例、（2）新規導入すべきと考える理由 （記入用紙 Word ファイル2 ページ目）
- ・ 現行の選定療養（類型番号 15）の具体的な見直し、（現行の取扱いの明確化、廃止等）の内容 （記入用紙 Word ファイル5 ページ目）
- ・ 現行の選定療養の見直し（取扱いの明確化、廃止等）を行うべきと考える理由 （記入用紙 Word ファイル5 ページ目）

【提出について】

- ・提出方法：別添の提出様式（Word ファイル）添付して電子メールにて提出  
※ 電子メールのタイトル（件名）は、「選定療養に導入すべき事例等」として  
ください。

提出様式は Word 形式のまま添付し、ファイル名は「選定療養 提案主体名」とし、複数の提案をする場合には、「選定療養 提案主体名 01」、「選定療養 提案主体名 02」と提案主体名の末尾に番号を付記してください。

- ・提出先：厚生労働省保険局医療課 [iryouka@mhlw.go.jp](mailto:iryouka@mhlw.go.jp)

- ・募集期限（提出締切）：令和7年6月30日（月）

以上

担当：東京都薬剤師会 医療保険課

日 薬 業 発 第 39 号  
令 和 7 年 5 月 1 日

都道府県薬剤師会 担当役員 殿

日 本 薬 剤 師 会  
副 会 長 森 昌 平

選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集について

平素より、本会会務に格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

今般、選定療養について、新規導入すべき事例に関する提案と現行の類型の見直しに関する意見募集が開始されました。

意見募集の期限は令和7年6月30日までとされており、提出方法については、提出様式を電子メールで添付することとされております。

取り急ぎお知らせいたしますので、お取り計らいのほどよろしくお願い申し上げます。

<提出様式>

○「選定療養として導入すべき事例等」の提案・意見について

## 「選定療養として導入すべき事例等」の提案・意見について

提案・意見につきましては、事務連絡の記の2の留意点及び以下の「提案・意見募集の趣旨」をよくお読みいただいた上で提出様式にご記入くださいますよう、よろしく願いいたします。

### 提案・意見募集の趣旨

- 我が国の医療保険制度は、「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を踏まえ、安全性、有効性等の観点から適切な医療については、一定の自己負担で誰もが受けられるよう、速やかな保険適用を図っており、いわゆる「混合診療」については禁止されているところですが、「保険外併用療養費制度」として、保険診療と保険外診療の併用が例外的に認められているものもあります。
- この保険外併用療養費制度には、将来的な保険導入のための評価を行う「評価療養」及び「患者申出療養」と将来的な保険導入を前提としない「選定療養」があります。このうち、「選定療養」については、現在、以下の15類型を定めていますが、今般、新規導入すべき事例に関する提案と現行の類型の見直しに関する意見を募集させていただきます。

### 【現行の選定療養（概要）】

- ・ 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

## I. 提案・意見の種類

提案・意見が以下のいずれに該当するか、記入欄に番号を記入してください。（※提案・意見は様式1枚につき1つのみ記入してください。）

1. 選定療養として新規導入すべき事例に関する提案  
(現行の15類型以外で新たに選定療養に導入すべき事例の提案)
2. 現行の選定療養の見直しに関する意見

記入欄

## II. 提案・意見の内容

前Iで記入いただいた番号に応じ、以下について記入してください。

### 1. 「1」を記入した場合

(1) 新規導入すべき具体的事例を記入欄に記入してください。

記入欄

(2) 前(1)について、新規導入すべきと考える理由を記入欄に記入してください。

記入欄

## 2. 「2」を記入した場合

(1) 以下の現行の類型のうち、見直しを行うべき類型の番号を記入欄に記入してください。

番号	現行の選定療養（概要）	徴収することができる料金（概要）
①	特別の療養環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>外来医療に係る特別の療養環境の提供に関する料金</li> </ul>
②	歯科の金合金等	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
③	金属床総義歯	金属床による総義歯の提供に関する料金
④	予約診療	予約に基づく診察に関する料金
⑤	時間外診療	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関する料金
⑥	大病院の初診	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が紹介状なしで一般病床 200 床以上の病院を初診で受診した場合の料金</li> <li>患者が紹介状なしで特定機能病院、許可病床 200 床以上の地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関を初診で受診した場合の料金</li> </ul>
⑦	大病院の再診	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病床 200 床以上の病院が他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、患者が当該病院を受診した場合の料金</li> <li>特定機能病院、許可病床 200 床以上の地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関が他の医療機関に対し逆紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、患者が当該病院を受診した場合の料金</li> </ul>
⑧	小児う蝕の指導管理	う蝕に罹患している患者の指導管理に関する料金
⑨	180 日以上の入院	入院期間が 180 日を超える入院に関する料金
⑩	制限回数を超える医療行為	腫瘍マーカーのうちAFP、CEA、PSA及びCA19-9、リハビリテーション並びに精神科専門療法について、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
⑪	水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ	白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に関する料金
⑫	保険適用期間終了後の	主として患者が操作等を行うプログラム医療機器

	プログラム医療機器	であって、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものの使用に関する料金
⑬	間歇スキャン式持続血糖測定器	間歇スキャン式持続血糖測定器の使用（算定告示に掲げる療養としての使用を除く。）に関する料金
⑭	精子の凍結及び融解	医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解に関する料金
⑮	長期収載品	長期収載品の処方等又は調剤に関する料金

記入欄

15

(2) 前(1)で記入した類型(番号)の具体的な見直し(現行の取扱いの明確化、廃止等)の内容について、記入欄に記入してください。

記入欄
-----

(3) 前(2)の見直し(現行の取扱いの明確化、廃止等)を行うべきと考える理由を記入欄に記入してください。

記入欄
-----

### Ⅲ. その他

提出いただいた提案・意見の内容について、確認させていただく場合がございますので、連絡先等の記入をお願いします。

○ 団体名 \_\_\_\_\_

○ 担当者氏名 \_\_\_\_\_

○ 電話番号 \_\_\_\_\_