

平成 29 年 8 月吉日

一般社団法人内科系学会社会保険連合
理事長 工藤 翔二 殿

公益社団法人 日本小児科学会
会長 高橋 孝雄



公益社団法人 日本小児科医会
会長 松平 隆光



平成 30 年社会保険診療報酬改定に向けた小児医療に関する要望書

盛夏の候、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。平素より小児医療に関して一方ならぬご理解とご支援を賜り、厚く御礼申し上げます。

ここ数次の診療報酬改定では限られた小児医療に関する医療資源の重点化を軸に、平成 16 年の小児入院管理料の新設を皮切りとして急性期疾患を診療する病院小児科の体制が整備されました。2 次、3 次、高度先進医療と役割が整理されたことによって、人材の重点化が進みました。また、平成 28 年改定では小児かかりつけ診療料を新設して頂き、外来小児医療の充実を図って頂きました。

引き続き本邦の多彩な地域事情に適した制度の検討が必要な一方で、児童虐待、高度医療依存児や発達障害等、小児医療においては急性期医療以外にも多様な課題が明らかになってきました。少子化社会において子どもたちに安心と健康を提供するため、一部は地域のインフラと化している小児科・産婦人科は医療のみならず保健・福祉・教育と一体となって取り組むことが求められています。私たちは診療報酬改定によってこれらの課題が一層解決に進むことを目標として、現場の意見に基づいて検討した項目を提案させていただきます。

◎入院小児医療

疾病構造の変化によって小児科病棟は新たな経営上の課題を抱えるようになりました。例えば、昨今医療機関では貧困や児童虐待等、社会的養護を必要とする患者家族への対応が年々増大しており、大きな問題となっています。児童虐待の対応件数は10万件を超え、従来想定されていなかった医療機関が関連部局と協働して対処すべき事案が急増しています。担当医は実際の症例を担当すると、各方面との調整と患者家族に対する慎重な配慮が求められます。相当な精神的負荷がかかる業務に関わらず、診療報酬上は実質無償で対応しているのが現状です。これに対して、多職種連携を推進したり、施設内での対応組織を整備したりして受け入れを強化している医療機関に対する評価を要望します。

また、子どものケアでは人件費割合が高く、小児入院医療管理料を整備して頂いたおかげで、赤字補填は一定の改善を認めるようになりました。一方で昨今の社会的要請を反映し、ここ数次の診療報酬改定ではチーム医療を推進するような施策が整備されてきました。しかし、小児医療においては診療上有用な栄養サポートチーム加算、病棟薬剤業務実施加算等といった入院管理料加算や、医学管理料の多くが本来人件費補填として定められた小児入院医療管理料に包括されてしまっており、良質なケアを提供する上で支障を来しております。これまでの改定は人件費割合の高い小児医療の特性に対するものであり、現在直面している課題に対するものではないことから、今後小児医療においてもチーム医療および多職種連携がより一層推進するよう、小児入院医療管理料に関する包括範囲に関する見直しを要望します。

更に、地域での実情の差が大きく、重点化の影響でこれまで地域で2次医療を提供してきた中小規模の病院小児科が必要以上に淘汰されております。地域で2次医療を担う小児科は、突発する外来からの時間外対応や、産婦人科と共にミドルリスクからハイリスクの新生児診療を担う割合が大きいという特徴があります。このため24時間対応が求められる結果、時間的拘束が大きくならざるを得ません。夜間休日の業務比率が高く、診療継続のためには見掛け以上に医師確保が必要です。重点化により多少改善されましたが、それでも厳しい状況が続いています。#8000の充実や子育て世代を対象とした小児救急に関する普及啓発も必要ですが、地域でこどもを直接診療する医療機関と両輪の関係で支え合うことで初めて成立します。地域全体で小児医療を支えていくために、小児入院管理料3、4、5を算定する医療機関の評価充実を要望します。

◎外来小児医療

前回の改定で、小児かかりつけ診療料が導入され、継続的かつ一貫性のあるシステミックな成育医療に道が開けました。感謝の念に堪えません。しかしながら当該診療料を実際に算定している小児科診療所は、決して多くはありません。何故でしょう。一つの理由として、算定要件や施設基準の中で、実地の小児科診療所で採用するのには若干無理のある条件がいくつか存在するからです。またほかの理由としては、実際に算定した場合、診療所の所在地と患者の年齢によっては極端に患者負担が増す場合があるからです。これらを解消するためには、次の二つのことが最低限必要だと考えます。第一には、時間外等の対応の地域差をなくすこと。#8000にしても、対応時間はまちまちです。初期小児救急医療の充実度は地域により全くばらばらです。その上、初期小児救急医療に参加しながら当番時以外も縛られるのでは、何のための救急医療なのかと言いたくなります。地域で診療する医師の負担軽減という観点から、すべての地域の初

期小児救急医療の質・量を同等に充実させ、地域の小児医療担当医はそれに参加することのある程度義務づけ、その代わり時間外はそれに任せることができるというシステムを整備すべきです。二つ目は、小児医療費の助成制度の全国一律化を速やかに進めてほしいということです。地域による医療格差の存在は、日本国内の統一した保険診療制度の制定の妨げになります。それはやがて格差の更なる拡大を招き、公平性が喪失し、最終的には社会の衰退と混乱を引き起こします。まず初めに整備すべき条件だと考えます。それらが整備されることにより、本質的に小児のかかりつけ機能を有している小児科を標榜する保険医療機関が、ごく自然にためらうことなくかかりつけ診療料を算定できるようになり、全国の津々浦々に小児かかりつけ医が定着するでしょう。上記二つの条件はまだ不完全ですが、まずは現行の小児かかりつけ診療料の施設基準と算定要件の変更を要望します。また、同時に内容についても改めてご検討をお願いします（具体的な内容、理由は、後に記載する【最重点要望項目】で詳述します）。なお、今回は、要望としては記載していませんが、小児のかかりつけ医として当該児に対する満足のいく健康管理をなす為に以下の提言をしたいと思います。現行の母子保健法で規定された乳幼児健診は、本質的には正常か否かを診査するだけです。このチェックだけでは当該児に対する情報としては十分ではありません。もっと個々の子どもや家庭に踏み込み、定期的に診療所に受診してもらい、年齢に応じた留意点やよく遭遇する健康課題に対する指導を行うなどして、積極的に小児の健康を維持管理する手法（以下ヘルス・スーパービジョンとする）を導入すべきと考えます。これを整備し、制度化することにより、日常的に当該児の健康状態が把握できるようになり、更に急性の病状変化に対しても速やかかつ確な対応が可能になります。結果としてこの児に係る医療費の削減と、高い日常生活の質の維持が期待されます。このようにヘルス・スーパービジョンは、健康診査としてではなく、「定期的な全身状態の把握と管理・発育及び発達の診断と評価という診療行為」として保険診療の中に組み入れられるべきものと考えます。特に、早期の乳幼児診療には必要でぜひ導入して頂きたい。

現行の診療情報提供料（I）は、紹介先の対象が限定され、特に教育機関への情報提供が評価されていません。例えばアナフィラキシーショックによる死亡例等、教育現場だけでは対応困難な子どもたちが各地域で少なからず問題になっています。アレルギー疾患に関わらず、基礎疾患を持つ子どもたちも健常な子どもたちと同様に安心して学校生活を送るためには、医療機関と教育機関との間で連絡を密に取ることが有用です。そのために、診療情報提供料（I）の対象に学校指導管理表を対象に加えて頂くことを切に要望いたします。また、診療情報提供は、こと乳幼児の場合詳細・緊急を要する事例が多く、かつ通常の診療とは異なるカテゴリーに属する内容と考えますので、小児科外来診療料における除外項目に診療情報提供料（I）を加えることを要望いたします。

また、発達障害を有する患者の割合は6%とも言われ、地域の至る所に支援が必要な子どもたちがいます。現在発達障害のために治療や相談を受ける患者の診療は小児科、心療内科や精神科が中心となって行っていますが、各診療科で診療報酬上の評価が全く異なっています。患者数が年々増大する中で患者の個別支援を充実させ、生活を改善するためにはどの診療科が欠けても今の現場は成立しません。診療範囲はそれぞれオーバーラップしますが、これらのどの診療科が患者に対して診療を行っても適切な評価が頂けるような配慮を求めたいです。具体的には小児特定疾患カウンセリング料の見直し、精神科専門療法料以外でも発達検査や心理相談を実施した際の評価を望みます。

RSウイルス感染症は、1歳を超える年齢であっても、しばしば、合併症を伴い重症化することは、小児科臨床医なら周知の事実です。しかるに現行では、1歳を超えると迅速検査の保険適応がなく、見逃される例が後を絶ちません。臨床経過の予後を見極めるためにも、RSウイルス抗原検査の年齢制限の撤廃を要望します。

◎在宅小児医療

医療が進歩する中で、喀痰吸引や経管栄養等の医療的ケアを必要とする子どもたちへの対策も重要です。在宅医療の整備を進めて頂き、大きく改善に進みましたが、ケアは在宅に留まらず教育現場に広げていくことが必要です。子どもたちにとって自宅から出て教育を受けることは社会への旅立ちのために極めて必要であり、それを保障することは国の責務でもあります。現在文部科学省でも学校への看護師配置の強化を行っていますが、医療的ケア児のニーズを満たすほどには拡充できていません。医療法上、在宅医療の範囲は「療養生活を営むことができる場所」とされており、子どもにとって教育・保育を受ける場はこれに相当します。そこで、全ての子どもたちが病気によらず公平に過ごせる環境を提供するため、診療を担う保険医が作成した訪問看護指示書のもと訪問看護師等が学校、幼稚園、保育園等の教育・保育の現場に入ってケアすることを評価して頂けるよう希望します。

また、小児慢性特定疾患に代表される小児期発症の慢性疾患を抱えた子どもたちが医療技術の進歩によって成人になり、就労並びに結婚、妊娠、出産等のライフイベントで困難に直面する機会が年々増加しております。これに加えて生活習慣病や通常の成人が罹患する疾病に対する診療も必要になることから、内科をはじめとする成人診療科との連携の充実（移行期医療：トランジション）が急務となっています。厚生労働科学研究やナショナルセンターでもトランジションを有効に行うための取り組みが成されており、成果が出てきているところです。今回我々はこうした患者さんの診療情報が円滑に引き継げるよう、成人診療科と小児期診療科との間でクリニカルパスなどの手順を元にカンファレンスを開くなどして情報交換する場合の評価を要望します。

◎DPCの機能評価係数への要望

急性期医療を提供する医療機関が主な対象になることから、少子高齢化社会の中で子育て世代のセーフティーネット機能として小児科診療が機能するような見直しや、平成30年に次期医療計画が開始することから、医療計画に記された小児医療提供体制の内容に添った各指数の見直しを提案します。

(1) 定量評価指数の見直し

地域における小児医療提供体制維持のため、一般的な小児科の入院医療を行っている病院が評価に加味されるように要望します。特に、前述の背景を踏まえ、地域に不可欠ではあるが稼働率の低い病院や、小児入院医療管理料3、4、5の病院に対する評価を要望します。小児（15歳未満）で、新生児、乳幼児、学童などに段階分けすること、都道府県庁所在地以外（小児入院医療の資源が限られている地域）での小児医療圏において、中小規模での小児の入院可能な医療機関の確保・充実を加味して頂きたく存じます。とくに小児地域支援病院を維持する施設への援助が必要です。小児地域支援病院は人口減少地域における小児の医療・保健・福祉の要です。このような地域では病院小児科は小児科、内科を中心とした地域の開業

医の協力を得ながら、診療所機能も果たしています。また、児童虐待における子どもたちのセーフティネットとしての役割も大きく、これらの機能を維持することが必要です。強化することなく安心して出産や育児を行えるような環境が成立しない地域に人は住まないと考えます。

(2) 救急医療指数の見直し

地域における小児医療提供体制維持のため、一般的な小児科の入院医療を行っている病院が評価に加味されるように要望します。現在は、周産期・PICU 以外の小児医療が反映されていません。重症児の対応も大切ですが、小児医療の場合患者が軽症のうちに適切な対応をとることで重症化を防ぐことも同じくらい大切です。小児地域支援病院、地域小児科センター、中核病院としての係数を考慮して頂かなければ、小児医療を継続できる社会資源（入院可能病床）の維持そのものが困難な状況に陥っています。

(3) 地域医療指数の見直し

地域における小児医療の質の維持のため、医療計画に示された医療機関である救命救急センター、周産期母子医療センターや災害拠点病院と同様に、小児中核病院、地域小児科センターと小児地域支援病院に対する評価を要望します。さらに DPC Ⅲ群の小児地域支援病院、地域小児科センターなどを対象に、小児における在宅医療推進のため、小児を対象に在宅医療後方支援病院を申請している医療機関や患家への訪問診療を実施している医療機関の評価を要望します。小児在宅医療の普及は喫緊の課題であり、病院管理者がその重要性を認識することが今後の小児医療の質の向上に必要です。

(4) 小児二次医療圏の人口評価の見直し

医療機関の立地条件によっては異なる医療圏との境界にあり、診療実態を反映しておりません。現在の 2 次医療圏の小児人口の定義を見直し、当該施設が立地する 2 次医療圏以外からの受診者も診療した患者数に含むように要望します。重点化の進行により、小児の二次医療圏にある高次医療施設は数が限られており、小児医療に貢献していながら医療圏の定義が異なることで正当に評価されない実態、特に県をまたぐような場合には顕著で、これを是正することが必要です。

少子化社会の本邦において、小児医療に求められるニーズは時々刻々と変化し、かつ多様化が進んでいることはご承知のとおりです。核家族化の中で育児と仕事を両立させるために、地域で育児ができる仕組みが必要です。確かに出生数は減少しておりますが、医療へのニーズは減ることはありません。核家族化、共働き割合の増加等により、やむを得ず夜間・休日に子どもを連れて受診する家族・社会の事情にも配慮する必要がありますが、そのためには医療機関の手当が並行して行われたい限り成立しません。急な病気やケガの子どもたち、被虐待児、発達障害児、高度医療依存児（日常的に医療機器、医療ケアが必要な子どものことを指します）とその家族、全ての子どもと家族が地域で安心して生活できるような環境を作っていくことが大切です。それが即ち「小児における地域包括ケア」構想の成熟に繋がって行くと思われま。小児科からの要望は、そのような将来像を見据えての要望とご理解頂きたいです。

以上のことを鑑み、日本の将来を担う子どもたちを守り育てていくため、小児科医の立場から柔軟に取り組んでいけるよう、更なるご高配をよろしくお願い申し上げます。

<p style="text-align: center;">最重点要望事項（説明書き）</p>

1. 入院小児医療

A246 退院支援加算4の追加（見直し）

—対象患者範囲、要件等—

児童虐待への対応も包括するために、医学的に「退院困難な患者」に加えて、社会的に退院困難が予想される「要支援家庭（社会的ハイリスク症例）等」を対象とした。血液疾患などの長期間の入院加算が必要になり、長期的なフォローアップが必要になった場合も含む。小児入院医療管理料の包括範囲から除外する。要件の中に介護支援専門員だけでなく、小児の場合は「保健師」、「相談支援専門員」との連携を認める。

A307 小児入院医療管理料

1. 入院基本料加算の包括範囲（見直し）

小児医療におけるチーム医療の推進を図るために、入院基本料等加算の一部（A224 無菌治療室管理加算、A225 放射線治療室管理加算、A226 重症皮膚潰瘍管理加算、A226-2 緩和ケア診療加算、A230-4 精神科リエゾンチーム加算、A231-2 強度行動障害入院医療管理加算、A231-4 摂食障害入院医療管理加算、A232 がん拠点病院加算、A233-2 栄養サポートチーム加算、A242 呼吸ケアチーム加算、A244 病棟薬剤業務実加算、A246 退院支援加算）を包括範囲外とする。

2. 小児入院医療管理料 3-5の増点（見直し）

地域小児科センターや小児地域支援病院の点数を増点し、人材確保のため人件費がかかる非都市部小児医療提供体制の経済的支援を図る。

Axxx 被虐待児対応体制加算1、2（新設）

院内に虐待対応チームが編成されていることを施設条件に入れること。

2. 外来小児医療

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）（見直し）

内容の変更

1) 増点：特に初診時の増点をお願いしたい。

小児科外来診療料を算定していない保険医療機関においては、小児かかりつけ診療料と小児科外来診療料との差額分を小児かかりつけ加算として算定する。

2) 除外項目の見直し：

下記以外は、小児かかりつけ診療料に含まれる。

イ 初診料、再診料、及び外来診療料の時間外加算、

休日加算、深夜加算及び小児科特例加算

ロ 地域連携小児夜間・休日診療料

ハ 院内トリアージ実施料

ニ 夜間休日救急搬送医学管理料

- ホ 診療情報提供料（Ⅰ）（Ⅱ）
- へ 電子的診療情報評価料
- ト 往診料（加算を含む）
- チ 入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対し、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合又は別に厚生労働大臣が定める検査を施行している場合。

算定要件の変更

- 1) 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、準夜帯は原則として当該保険医療機関において常時対応を行うこと。深夜帯および休日においては、当該地の初期小児救急医療に参加し、一定頻度以上の休日又は夜間の診療を行っている場合、当該初期小児救急医療体制に対応を依頼する。または、#8000 等に対応を依頼する。

施設基準の変更

- 1) 小児科外来診療料を算定していること。ただし、小児かかりつけ加算を算定する場合は、この限りでない。
 - 2) 時間外対応加算 1 又は 2 に係る届出を行っていること。⇒ 削除
 - 3) 専ら小児科を担当する常勤の医師の該当項目
- ア 初期小児救急医療の参加を、前年度の参加実績があればよい、に変更する。
- オ 嘱託医に小学校の校医を加える。

B001-4 小児特定疾患カウンセリング料（見直し）

算定可能な年数を 2 年から 20 歳未満に延長し、年数制限の廃止。初期介入の重要性が示されてきたことから、(例) 最初の 3 か月は月 4 回まで算定可能とする。家族関係が当該疾患の原因又は増悪の要因と推定される場合は家族に対するカウンセリングも算定可能とする。現行の点数を減とし、時間が 30 分以上の場合 400 点、30 分未満の場合 330 点とする。初診から 1 年以内は 200 点加算に変更する。(精神科「外来通院精神療法 (I-002)」と同基準)

B009 注 3 診療情報提供料（Ⅰ）（見直し）

- 1) 診療情報提供料（Ⅰ）の対象に学校指導管理表を追加する。
 - 2) 診療情報提供料（Ⅰ）を小児科外来診療料の除外特例項目に加える。
- (4) D012 RS ウィルス抗原定性の対象年齢の見直し
- 1 歳未満の乳児 ⇒ 6 歳未満の乳幼児

3. 在宅小児医療

C005 在宅患者訪問看護・指導料

C007 訪問看護指示料

訪問看護の活動範囲拡大（見直し）

医療的ケア児の対応を充実するために、訪問看護では入れる場所を居宅に加えて学校、幼稚園、保育園に拡大する。

Bxxx 成人移行期患者共同管理料

医学の進歩によって小児期に重篤な疾患を発症しても成人することが可能になる患者が年々増加している。もともと有する慢性疾患の管理と生活習慣病をはじめとする成人期の疾病の管理を合わせていくのは困難であり、小児科医と成人診療科医の協働が必要である。これまでなかった課題に対してテラーメイドに対応していく必要があり、両者の連携を強化、支援するため両者が合同カンファレンス開催し意見交換することを評価する。

【要望事項】

A 基本診療料

- A246 退院支援加算（見直し、再掲）
 A307 小児入院医療管理料の包括範囲（見直し、再掲）
 A224 無菌治療室管理加算（対象外）
 A226-2 緩和ケア診療加算
 A238 退院支援加算
 A244 病棟薬剤業務実施加算
 B008 薬剤管理指導料
 D206 心臓カテーテル検査法
 てんかん診療連携拠点病院加算
 上記診療報酬項目を包括範囲から除外する。

Axxx 「被虐待児対応体制加算（新設、再掲）」

B 指導管理料

- | | | |
|-----------|------------------------|----------|
| B001-2-11 | 小児かかりつけ診療料 | (見直し、再掲) |
| B001-4 | 小児特定疾患カウンセリング料 | (見直し、再掲) |
| B001-5 | 小児科療養指導料 | (見直し) |
| B001-6-* | てんかん専門診断管理料 | (新設) |
| B001-6-* | てんかん紹介料加算 | (新設) |
| B001-10-2 | 小児栄養サポートチーム加算 | (新設) |
| B001-18-2 | 小児がん長期フォローアップ外来の診療報酬加算 | (新設) |
| B001-20-* | CGM（持続血糖測定器） | (見直し) |
| B001-* | 小児アレルギー疾患療養指導管理料 | (新設) |
| B001-* | 入院時食事療養料 | (新設) |
| B001-* | 成人先天性心疾患入院指導管理料 | (新設) |
| B001-* | 成人先天性心疾患外来指導管理料 | (新設) |
| B001-* | CLS の配置や医療行為における診療報酬加算 | (新設) |
| B009 | 診療情報提供料（I） | (見直し、再掲) |

Bxxx 成人移行期患者共同管理料

C 在宅医療

C005 在宅患者訪問看護・指導料 (見直し、再掲)

C007 訪問看護指示料 (見直し、再掲)

D 検査

D006-* 病理診断における遺伝子検査の診療報酬加算 (見直し)

D006-2-* 免疫遺伝子再構成を利用した定量 PCR 法による微小残存腫瘍 (MRD) の測定 (新設)

D006-* MLPA 法によるプラダーウィリー症候群の診断 (新設)

D007 プロカルシトニン定量 (見直し)

D010 特殊分析 (見直し)

D010 プテリジン分析 (新設)

D012 ヒトパルボウイルス B19 抗体価 (見直し)

D012 ヒトメタニューモウイルス抗原定性 (見直し)

D014 IgG サブクラス分画 (新設)

D016 好中球活性酸素産生測定 (新設)

D215-3 胎児心エコー (見直し)

D235-* aEEG (amplitude-integrated EEG) による長期脳波記録検査 (新設)

D283-1 新生児行動評価 (neonatal behavioral assessment scale) N-BAS (新設)

D283-2 子ども版解離評価表 (The child Dissociative Checklist (CDC), Version3.0) (新設)

D283-2 思春期解離体験尺度 A-DES (Adolescent dissociative experiences scale) (新設)

D283-2 WISC-R (見直し)

D285-1 標準抽象語理解力検査 (SCTAW) (新設)

D285-1 小児の特定不安検査 STAI-C (児童用) (新設)

D285-1 バールソン児童用抑うつ性尺度 (DSRS-C) (新設)

D285-1 小学生の読み書きスクリーニング検査 (STRAW) (新設)

D285-2 絵画語い発達検査 (PVT-R) (新設)

D285-2 全訂版田中ビネー知能検査 (見直し)

D285-* 乳幼児期自閉症チェックリスト修正版 (M-CHAT) (新設)

D285-* 適応行動尺度 (Vineland-II 日本版) (新設)

D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 (見直し)

D*** インターロイキン (IL)-6 (新設)

D*** インターロイキン (IL)-18 (新設)

D*** 小児在宅呼吸管理パルスオキシメータ加算 (新設)

D*** 酵素サイクリング法による「血中カルニチン 2 分画検査」 (新設)

D***	遊離脂肪酸測定	(新設)
D***	血中アスパラギナーゼ活性測定	(新設)
D***	フィリピン染色	(新設)

E 画像診断

E202	先天性心疾患の磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI 撮影)	(見直し)
------	---------------------------------	-------

I 精神

I002	児童思春期精神科専門管理加算 (回数制限)	(見直し)
I002	児童思春期精神科専門管理加算 (施設基準)	(見直し)

J 処置

J018-*	排痰補助装置	(新設)
J026-4	ハイフローセラピー [1日につき] 160点	(見直し)
J039	難治性ネフローゼ症候群に対する LDL アフェレシス (LDL-A) 療法	(見直し)

K 手術

K570	閉鎖肺動脈弁の経皮的穿通術	(新設)
K573-1	心房中隔欠損作成術 (ラシュキンド法)	(見直し)
K598/599	植え込み型除細動器移植術及び両心室ペースメーカー植え込み術のための小児施設基準の見直し	(見直し)

L 麻酔

L001-2	静脈麻酔	
3	十分な体制で行われる長時間のもの (複雑な場合)	(見直し)

M 薬剤、他

パリビズマブ (神経筋疾患、気道狭窄、横隔膜ヘルニア、食道閉鎖、先天代謝異常)	(適応拡大)
ミコフェノール酸モフェチル	(適応拡大)
リツキサソ	(適応拡大)
オクトレオチド	(適応拡大)
L-dopa	(適応拡大)
ヒドロクロロチアジド	(適応拡大)
グリベンクラミド	(適応拡大)
インスリン	(適応拡大)
コール酸 (Cholic acid)	(適応拡大)

クロニジン

(適応拡大)

L-アルギニン

(適応拡大)

その他

1) 小児給付率及び対象年齢の引き上げ

9割給付と対象年齢の20歳までの拡大

低収入世帯が金銭的理由のために受診できない状況を回避するため、小児給付率及び対象年齢の引き上げを要望する。

2) 小児独自の診療報酬体系の構築

小児では多くの場合基礎疾患を有することはなく、予防接種、乳幼児健診や学校健診など保健および疾病の発症予防に重点が置かれている。これを全国で均一に実施するためには現行の療担規則の概念を維持しつつ、障害報酬も包括した一元化した保険制度が望まれる。

3) 病（後）児保育への保険適用

少子化対策のひとつとして、急性疾患に罹患しやすい乳幼児を抱える子育て世代が安心して勤務できるよう、労働環境整備と並行して病（後）児保育の充実が望まれています。ただ、実際には補助金を用いても人件費等の理由から経営が不安定なために十分な整備に至っておりません。安定した運営と整備の促進を図るために病（後）児保育に対する保険適用を検討して頂きたい。