

令和5年 6月26日

一般社団法人内科系学会社会保険連合
理事長 小林 弘祐 殿

公益社団法人日本小児科学会
会長 岡 明



公益社団法人日本小児科医会
会長 伊藤 隆



令和6年度社会保険診療報酬改定における小児医療に関する要望書
拝啓

早春の候、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。平素より小児医療へのご理解とご支援を賜わり厚く御礼申し上げます。

令和2年1月から始まった新型コロナウイルス感染症の流行は医療の形を大きく変えました。とりわけ小児医療をとりまく環境変化は甚大でした。その渦中において、特例措置である院内トリアージ実施料、乳幼児感染予防対策加算、二類感染症患者入院診療加算は、小児科診療には大きな力となりました。オミクロン株の流行では、小児の割合が大幅に増加し、小児科医は発熱外来の最前線に立ち粉骨健闘してきました。しかし、乳幼児感染予防対策加算は終了、二類感染症患者入院診療加算は令和5年3月末に終了の予定です。本年5月には新型コロナウイルス感染症は2類相当から5類への見直しが決まっています。5類に変更されても、高齢者や基礎疾患のある患者の死亡率はインフルエンザと比較して高く、同等に扱う疾患とは考えられません。即座に外来感染対策を解除できるものではありません。発熱患者が多い小児においては外来での感染対策は今後も継続していく必要があります。小児科外来では、急性感染症の鑑別が必須であり、外来での迅速検査のニーズも高まっています。外来感染対策向上加算に加え小児特有の感染対策への適切な評価をお願いします。

ここ数次にわたる診療報酬改定で、小児かかりつけ診療料、診療情報提供料、オンライン診療など、小児医療はかなり見直され、病院・診療所とも体制が整備・充実してきました。しかし、新型コロナウイルス感染症流行の陰で、こども達のこころの問題が表面化しています。学校に行けないこども達、要支援児童、発達障害児への日常の対応など、小児特定疾患カウンセリングによる心のケアの必要性は増し、切れ目ない医療の提供体制を至急確立していかなければなりません。診療所小児科医・病院小児科・医療・行政・教育機関が密な

連携をとることが必要です。その核となるのが「小児かかりつけ医」です。

これからの小児医療は、地域に根差した「かかりつけ医機能の強化」、「病院と診療所の医療機能の分化の推進と連携」、「行政・教育機関との連携」が重要です。地域全体で「かかりつけ医機能」を持ち、こどもが成育するまで見守る環境整備が必要です。地域の小児科医が積極的に保健・行政・教育機関に出向き、必要に応じて専門医療機関や行政、教育機関と連携していく役割が求められています。例えば、要支援児童が退院する際に、病院と「かかりつけ医」及び行政機関が密に連携することが可能となれば、育児支援が必要なこども達を地域全体で見守ることに繋がります。「要支援児童・慢性疾患等地域連携指導料（案）」のような新たな診療報酬での評価を要望します。慢性疾患、在宅療養、悪性腫瘍の晩期障害などのこどもが成人に至った後も継続した医療が必要であり、移行期の成人診療科との連携は、至急検討していかなければならない課題です。また、医師が責任を持って教育機関の学校医に提出する心臓疾患や腎疾患の学校生活管理表、心身症、発達障害などの医療的見守りが必要な児童の診療情報提供書は大変重要な情報提供となります。こうしたことに関する診療情報提供料としての評価が望まれます。

成育基本法の理念に、成育過程にあるもの及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進とあります。その理念に沿った支援により、未来のこども達の健全な成育を総合的に推進していく施策が望まれます。未来の日本の再生を担うのが今のこども達であり、成育基本法の理念のもとに上記課題への対応の速やかな推進を要望します。また、乳幼児健診や予防接種、5歳児健診などの予防医学的な施策が国や地方自治体と連携して行えるように「こども家庭庁」の下で、財源が確保され、行政機関と医療機関の連携や情報共有の評価に充てられる仕組みが必要です。

こども達の明るい未来は、これからの日本の未来を背負う大きな力となります。どの地域にいても、どのような環境にいてもこども達の未来が明るい幸せなものになることが望まれます。

入院小児医療・在宅医療に関しましても、まだいくつかの課題を抱えております。小児入院医療は、ここ数年集約化はある程度進みましたが、一方地域においての課題は残存しており、小規模の医療機関では今後小児科を継続できなくなる病院も出現してくると予想されます。前述のように小児科医が担う仕事の範囲は年々広がっており、それは診療以外でも地域における全ての子育て世代に安心・安全な子育てを保障する役割も国民から期待されているからと考えます。是非地域の小児医療機関も存続できるようご配慮頂けましたら幸いです。また中核病院においても少子化の中、従来の小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料も時代に合わせて、見直しが必要と思われま

でご検討頂けましたら幸いです。

医学・医療技術は絶え間なく向上しており、慢性疾患や障害を抱えた患者さんも成人を迎えられるようになり、抱える問題およびその対応方法が明らかになってきております。こちらへの保険診療も充実させていく必要があります。

また、小児が受ける侵襲的検査の検査環境は、医療安全の側面からも十分安全が確保されたものとは言えない部分を依然として有しています。静脈麻酔の要件をより現場に即したものに改定してこれを改善することは、正確な診断と病態把握につながり、生命予後・機能予後の改善に寄与すると思われま

す。重症な小児患者に関して高度急性期医療を担う病院が回復期も治療していることが多いですが、病床機能の分化・適正化を図るため、小児後遺症患者の回復期を受け入れる医療機関に対する評価が必要と考えます。

在宅医療に関しては、小児在宅医療と病院との連携強化のため、必要な医療を各医療機関間で同じ基準で参入できるようにして頂くとともに、在宅医療小児の緊急入院体制への評価が望まれます。また、小児在宅医療は急性期後支援から展開されていきましたが、近年では医療的ケア児や障害児者に加えて小児がん患者を中心とする小児の終末期医療を必要とする患者さんにご家族に対しても各機関と連携しながらの対応が必要です。

これらの課題解決にはいずれも医療連携の強化が必須になります。専門家を含めた複数の医療者の知恵を効率的に合わせることであれば診療の質が向上することは当然であり、最近ではデジタル技術を使用した自発的な取り組みも見られております。しかし、これらの準備には設備費用や時間もかかりますため、診療報酬上の評価もご検討頂けましたら幸いです。

提示させていただいた課題克服を目標として、引き続き小児医療に対するご支援をお願いする次第です。以下に外来小児医療、入院小児医療、在宅医療、DPCの順により具体的に診療報酬での提案をさせていただきますので、ご一読並びにご検討いただけますようよろしくお願い申し上げます。

◎ 外来小児医療

1) 小児科外来診療料

乳幼児の外来診療では、診察だけでなく育児指導・支援等にも多くの時間と人手を要することへの対価として、平成8年に「小児科外来診療料」が新設され、診療報酬を手厚くすることにより、無駄な検査や投薬が少なくなり、指導・支援の充実によって診療内容の向上にもつながりました。しかし、最近では、新型コロナウイルス感染症の迅速診断と共に、インフルエンザ等、他の感染症に対する迅速診断が今まで以上に必要とされ負担増を認めています。また、食物アレルギー等のアレルギー疾患の増加に伴い、アレルギー検査の必要性も今まで以上に増えています。消毒や除菌対策などの衛生材料費、働き方改革に対応できる余裕のあるスタッフ雇用と賃金アップによる人件費も大幅に増加していきます。包括請求は診療報酬の上限が決められており、「小児科外来診療料」においては、今後も継続した質の高い医療体制を供給できるように初再診ともに30点の増点を要望します。時間外加算、休日加算、深夜加算において、「小児科外来診療料」では、初診時115点、再診時70点を減ずるとありますが、時間外の乳幼児加算分と考えられる初診75点、再診38点分を差し引く、すなわち初診時75点、再診時38点を減ずる算定方式への見直しを要望します。また、重症度の高い患児の医師同乗による病診間の緊急搬送時には、当日の外来診療も止めざる得なく甚大な労力に代わる報酬の対価が認められていません。当該日は包括対象外とし、出来高算定ができるように要望します。

2) 小児かかりつけ診療料

平成28年にはかかりつけ医への評価として「小児かかりつけ診療料」が導入されました。更なる患者との信頼関係が構築され、診療所小児科医・病院小児科・行政・教育機関が連携し、地域での「かかりつけ医」機能を充実させることにより、子どもの成育を支えていくことが望まれます。令和3年度調査¹⁾では、「小児科外来診療料」を算定している医療機関は、小児科診療所全体の83.0%、「小児かかりつけ診療料」は33.1%、出来高は17.0%を占めていました。令和3年6月の「小児かかりつけ診療料」の届け出医療機関は、1,755診療所であり、小児人口10万人当たりで、最も届け出が多い富山県(36.4件)から最も少ない沖縄県(0.6件)までかなりの地域差がありました²⁾。令和4年度改定において、「小児かかりつけ診療料」の施設基準が「小児科外来診療料を算定している医療機関」から「小児科を標榜している医療機関」に変更になり、「1」と「2」に再編されました。普段から取り組んでいる診療が評価されることで「小児かかりつけ医」が増えることが期待されます。令和元年度調査²⁾では、「小児かかりつけ診療料2」の届出要件の一つである地域の夜間・休日診療に年6回以上参加している小

児科医は 53.2%、年 6 回未満が 28.2%あり、その中でも年 3~5 回が 24.1%でした。一方、#8000 事業は全国的にかなり充実してきましたが、救急医療体制の地域差も考慮しなければなりません。地域差が解消され、すべてのこども達が、質の高い同じ医療を享受できる小児医療体制に発展していくことが期待されます。「小児かかりつけ診療料」においても「小児科外来診療料」と同様に、病因検索のための迅速診断、スタッフ雇用と人件費アップによる経費負担が増加しています。初再診ともに 30 点増点を要望いたします。また、緊急搬送時には、当該日は包括対象外とし、出来高算定ができるように要望します。

3) 要支援児童・慢性疾患等地域連携指導料

周産期異常や先天性疾患などの慢性疾患を持つ小児、あるいはハイリスク妊婦から出生した乳幼児などの要支援児童などは、基幹となる病院と地域の「かかりつけ医」となる医療機関及び行政機関が連携をとることが必要です。

そして、その後の支援を切れ目なく継続していくために、病院、かかりつけ医が ICT 等を含めた退院調整時や外来管理中のケースカンファレンスなどにより診療情報を共有した上で「かかりつけ医」の医療機関への受診に繋げることへの評価として「要支援児童・慢性疾患等連携指導料（案）」の新設を要望します。要支援児童への行政機関、医療機関の連携した対応により、ハイリスク妊婦から出産したこども達、育児支援が必要なこども達を地域にいる「かかりつけ医」に安心して繋げることができ、病診連携が強化され、機能分化が促進されます。

4) 小児特定疾患カウンセリング料

現行の小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者のうち 2 年で終了するものは少なく、2 年を超えても切れ目のない支援が必要なため、算定要件の拡大が必要です。対象となる患者は就学・進学ライフステージに応じた支援が必要なことが多く本人が十分な適応能力を得るまたは医療支援を要する場合には成人精神科へ移行するまでのカウンセリング料算定を希望します。

また対象患者は、社会的引きこもりや不安や抑うつ等精神症状の併存により病院に来院することが甚だ困難である場合があり、オンラインでの診療が医療へのつながりを持ち続けるために効果的と考えます。

また、患者同席のもとでの家族指導はしばしば困難あるいは適切でないことがあります。患者がいない場所での家族へのカウンセリング・指導は非常に重要です。注意欠陥多動症や発達症の患者にペアレントトレーニングが必要であることは、厚労省のガイドブックでも明記されていますが、個々の実施は各自治体に任ざられて進んでいません。さらなる普及のため保険収載の必要性があると考えられます。ほぼ同一疾患を扱っている通院精神療法では家族のみでも必

要性があれば算定可能となっており、制度の矛盾の是正のためにも算定可能とする必要性があると考えます。

5) オンライン診療料

コロナ禍で急速に広まった「オンライン診療」ですが、これを上手に使うことで小児医療の向上に寄与する努力が求められています。コロナ特例として、初診での急性疾患の診療が可能となり、小児患者と家族からのニーズが高いことが示されました。ポストコロナの新しい感染対策としても、オンライン診療の活用は有用です。新しい外来診療の形態として、対面診療とオンライン診療を組み合わせることで、外来診療を継続しやすくなり、疾患の管理上有益です。

在宅診療や発達障害等の疾患の診療や、医療過疎地域での診療、専門医が不在の稀少疾患の診療での有効活用が期待されます。オンライン診療はこれからの外来診療におけるもう一つのツールであり、これからもまだまだ醸成していかねばなりません。今後の議論で、小児医療におけるオンライン診療に対する診療報酬の評価が更に適切なものとなることを希望します。

参考文献

1. 令和3年度診療所小児科の医業経営実態調査 (公社) 日本小児科医会
社会保険委員会 令和4年1月発刊
2. 令和元年度診療所小児科の医業経営実態調査 (公社) 日本小児科医会
社会保険委員会 令和2年1月発刊
3. Mapion ニュース：スクエル 小児科外来診療の充実度ランキング 2021
年8月18日 PR TIMES

◎ 入院小児医療

1) 小児入院医療管理料

前回の診療報酬改定では、小児入院医療管理料の包括範囲(入院料加算、医学管理料)の見直しを行って頂き、大変有難うございました。しかし地域の小規模病院においてはまだ経営状態が不安定な中にあり、働き方改革・地域差のない質の高い医療環境・完全看護の確保・地域のインフラとしての機能維持など、難題が突きつけられております。また、コロナ禍においても救急医療管理加算対象患者が少なからず小児入院医療管理料算定病床で管理されており同加算の包括外への見直しが望まれます。現在日本の各地域では、小児を受け入れることができる医療機関は、地域に1つしかないという地域が少なくありません。これは、医療はもちろんのこと、診療以外でも全ての子育て世代に安心・安全な子育てへの保障の役割も担っています。地域の実状に即し、このような小児医療機関が安定した経営状態が確保されるよう、地域の小児医療を担う小児入院医療管理料の診療報酬の見直しを要望します。

2) 慢性疾患を有する子どもたちの成人診療への移行支援

医学・医療の進歩により慢性疾患を有する子どもたちが成人になったときの問題、その対応方法も徐々に明らかになってきました。疾患そのものの管理に加え、就学、就労、妊娠、出産と続きます。この期間を成人の診療科と連携し協力することで、患者さんの予後が向上することも、明らかとなってきております。成育基本法の規程に基づき閣議決定された「成育医療等基本方針」にも、「移行期医療の支援等、小児慢性特定疾病を抱える児童等の健全な育成に係る施策を総合的に推進する。」と明記されましたし、2022年11月に日本小児科学会から成人移行支援に関する新たな提言が公表されたところです。しかし実際には、小児診療と成人診療の連携は進んでおらず、小児科だけで診療を継続している場合もあります。解決するためには、厚労省が進めている「移行期医療支援センター」の充実とともに、この連携に対するインセンティブが後押しをされると考えられます。慢性疾患を有する子どもの移行期の管理にあたり、小児診療側と成人診療側とで患者さんの情報共有が行われた場合、双方の医療機関に成人移行支援連携指導料として評価いただくことを要望します。

3) 小児回復期地域連携受入加算の新設

厚生労働省が進める地域医療政策においては、地域の全ての病院の病床を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能に分化させ、その数を適正に配分させるための地域医療構想が稼働しています。小児科の病床においても、上記の4機能に近い形で機能分化させ、地域での適正配置を目指すことが求め

られていますが、実際には受入れが進んでいないのが実情です。是非この加算を新設頂くよう要望致します。

4) 小児特定集中治療室管理料

新型コロナウイルス感染症の流行によって小児急性期疾患発症契機の多くを占める感染症が激減し、重篤な内因性救急患者の総数が減少し、少子化と合わせて現行の施設要件で小児特定集中治療室管理料を算定可能な施設はごく僅かです。R4改定で小児心臓周術期患者を多く診療している施設に施設要件が拡大されましたが、これまで評価されてきた重篤小児患者診療を担う施設群と今回の追加要件で定めた心臓周術期診療施設群は多くが一致しておりません。小児特定集中治療室管理料の施設要件はこのままだと地域の小児医療提供体制に大きな打撃を与えることになりかねないため、要件の見直しを要望します。

5) 新生児特定集中治療室管理料

重症新生児を診療する総合周産期母子医療センター等の新生児集中治療室においては、医療の高度化や集約化等により、高度な医療を必要とする新生児が相対的に多く、各患者の重症度が高いのが特徴です。現行の体制（例えば3:1看護）では安全に他の患者を診療・ケアできず、病床利用率を現状以上に上げることが困難である場合や、緊急入院を受け入れることができない場合もあります。近年、政策的に医療機能の分化・連携が推進されるとともに、医師の偏在や看護師不足がある中で働き方改革へも対応していく必要があります。一方で医療の質と患者安全を担保し、同時に人材育成をはかるためには、相当の体制と実績を有する新生児集中治療室を確保する必要があり、重症新生児に高度医療を提供した際の診療報酬上の評価が必要です。

6) 静脈麻酔の見直し

患者安全の観点から、子どもの処置や時間を要する検査の場合には鎮静が必要です。現在静脈麻酔として評価が行われておりますが、人的負担だけでなくカプノメーター（呼気二酸化炭素モニター）のような設備の有用性が指摘される一方、こうした検査は手術室外で実施されることが多く手術室の器材を兼用することができないため、安定した検査環境の充実には設備投資も含めた評価の充実が必要です。また、最近の研究でただ小さな子どもだけがリスク、という訳ではないことが分かってきました。医療機関の検査環境を充実させ、患者の安全管理を推進することで、不幸な医療事故を予防することが可能と考えます。施設基準の整備と並行して本項目の更なる充実、具体的には小児全体における加算率の増加を希望いたします。

◎ 在宅医療

1) 在宅医療小児の緊急時の入院連携

昨今の診療報酬改定において、小児在宅医療の充実にもご配慮いただきました。しかしながら、在宅医療管理をしている施設の多くが小児急性増悪時の入院受け入れ体制が整備されているとはいまだ言い難い状況です。気管切開、人工呼吸管理などを有する場合には、ケアの問題で受け入れが可能な施設が見つからないことが発生しています。こうした在宅医療小児の緊急入院体制や施設を整備する必要があり、円滑に受け入れが行われることを目的に、在宅医療小児緊急入院加算の新設を要望します。

また別表 13 に示された在宅療養後方支援病院(400床以上)が在宅患者緊急入院診療加算を算定できる疾病と、別表第8の2に示された在宅療養支援診療所が在宅時医学総合管理料を算定できる患者の状態が異なります。さらに在宅患者共同診療料を算定できる在宅療養後方支援病院は400床未満と矛盾があります。医療的ケア児に必要な医療を各医療機関間で連携して提供することが難しい状況です。両者が同じ基準で参入できるようにして頂きたいです。

2) 入退院支援加算・退院時共同管理料(対象医療機関の拡大)

成人在宅医療ではその中心が診療所になりますが、小児の場合それに加えて二次医療圏の病院小児科がその役割を果たしています。入退院支援加算や退院時共同指導料等の項目を整備していただきましたが、小児入院医療管理料算定病棟では入退院支援加算1の「退院困難な要因」が主に成人領域の条件であることが問題で、入退院支援加算3はNICU卒業生にしか適用されません。医療的ケアを必要とする小児の患者さんは年々増加傾向にあり、どこでも質の高い医療を受けるためにこの制度をより積極的に活用して参りたく考えております。また、小児慢性特定疾患に該当する疾患を持った子ども達が、円滑に地域のかかりつけ医と連携できるように、退院時の支援が重要です。入退院支援加算・退院時共同管理料が、全ての小児入院医療管理料算定病棟に入院した子ども達に対して適切に算定できるよう要望します。

3) 終末期医療が必要な子どもと家族への支援

小児の場合、児を取り巻く家族、兄弟への対応を含め、成人のターミナルケアよりも多くの人への対応を必要とします。残された家族へのケア、グリーフケアも必要となります。小児へのターミナルケアへの加算を増点して頂くことを要望致します。また在宅でも輸血に対する加算が無く、注入ポンプ加算も限定的なため、体制が整っていない地域が多く、終末期を在宅で過ごすことができない小児がおります。是非こちらも検討頂けますと幸いです。

◎ DPC の機能評価係数について

小児科の時間外診療では分娩時のハイリスク新生児対応や救急受診といった労働側で調整することが困難なニーズに対して、常時一定の人的資源を割く構造となっております。多くの地域で小児の内科的診療は成人診療科の力を借りることができず、成人と同じ当直列を産婦人科と同様、少ない人数で対応する特徴があります。

これまで診療報酬上の手当としては個人単価を増加させることによって小児科の慢性的な赤字に対応してきましたが、それには限界が来ています。小児医療施設に対する集約化は都市部では既に概ね完了し、非都市部でみればこれ以上の集約が困難です。現行体制のままであれば、体力を失った多くの医療機関は今後小児科を不採算部門として閉鎖することと予想されます。

現状入院・外来診療を担うことは経営上のリスクを一部請け負うことになるにも関わらず、現在評価は不十分なままです。入院小児科を標榜する多くの医療機関は国立、公立ならびに公的病院が大多数を占めていることから見かけ上存続していますが、昨今経営面の健全化を強く指導されているため、現場で働く小児科医には健全経営のために精神的負荷がかけられています。これを救い、病院小児科を地域のインフラとして機能させるためには、小児医療を提供する医療機関に対して経済的インセンティブを付与することが必須です。

子どもたちと家族の健康支援のためには、病院小児科医が安定して勤務できる環境が絶対条件と考えます。病院小児科運営が不採算にならないよう、病院他科との共存を図るためには機能評価係数で評価することが有効と考えます。

具体的には 1) 小児の入院医療を担う医療機関、2) 夜間休日に救急外来を開いて入院受け入れを行っている医療機関、3) 児童虐待や障害児者に対する医療等、経営的には不採算と言われる領域に対して地域で積極的に役割を果たしている医療機関や、4) 産休・育休を取得し、時短勤務を行う医師を積極的に受け入れる医療機関(女性比率が多い小児科では、この部分の支援はその後のキャリア支援を含め非常に有用です)に対して、その労働環境を維持するためにより重みをつけた係数を付加することを要望します。

また、近年の高額薬剤や「がん遺伝子パネル検査」など的高額な遺伝子検査では、現行のDPCでは対応しきれないことから、病名、疾患名を限定して該当薬剤や該当検査を出来高払いに外していただけるよう要望します。

【要望事項】

A 基本診療料

- A000, 001 感染対策向上加算・連携強化加算・サーベイランス強化加算の施設要件の緩和と増点 (見直し)
- A002 外来管理加算とネブライザー処置の同時算定 (見直し)
- A206 在宅患者緊急入院診療加算 (見直し)
- A301-4 小児特定集中治療室管理料 (見直し、再掲)
- A302 新生児特定集中治療室管理料 (見直し、再掲)
- A303 総合周産期特定集中治療室管理料 (見直し、再掲)
- A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料 (見直し、再掲)
- A307 小児入院医療管理料 (見直し、再掲)
管理料 3-5 施設での時間外受入体制強化加算の算定
下記診療報酬項目の包括範囲から除外
(A205 救急医療管理加算、A207-3 急性期看護補助加算、A214 看護補助加算、A233-2 栄養サポートチーム加算、A242 呼吸ケアチーム加算、H003-2 リハビリテーション総合計画評価料)
- A301-4 児童・思春期精神科入院医療管理料 (見直し)
- A-*** 乳幼児感染対策加算 (50 点) の復活・新設、小児の感染症診察時にコロナ対応で加算と類似の感染対策加算
- A-*** 学校・保育園・幼稚園での集合指導 (新設)
- A-*** 新生児発達支援充実加算 (新設)
- A-*** 新生児早期静脈栄養管理加算 (新設)
- A-*** 小児回復期地域受入加算 (新設)
- A-*** 重症新生児対応体制加算 (新設)

B 医学管理等

- B000 特定疾患療養管理料 夜尿症の追加 (見直し)
- 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 9 外来栄養食事指導料 (見直し)
- B001 10 入院栄養食事指導料 (見直し)
- B001 31 腎代替療法指導管理料 (見直し)
- B001 35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料 2 つ目の導入時にも算定
- B001-2 小児科外来診療料 (見直し、再掲)
小児科外来診療料の増点。診療情報提供料 1 の包括からの除外。
小児科外来診療料において時間外加算の減算の規定の廃止。

- B001-2-11 小児かかりつけ診療料 1、2(見直し、再掲)
 小児かかりつけ診療料の増点。複数の診療所をかかりつけ医とできる仕組みに変更。
 (B001-2 小児科外来診療料と B001-2-11 小児かかりつけ診療料 1、2 の共通課題) 高点数検査(1000 点以上)の包括からの除外。インフルエンザ、RS、ヒトメタ等の各種迅速検査の包括からの除外。新型コロナウイルス関連検査が保険請求となった場合に包括点数から除外。小児抗菌薬適正使用支援加算の算定条件にある「基礎疾患のない」を削除。
- B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料(見直し) 6 歳未満への年齢拡大
- B005-11 遠隔連携診療料 診断困難小児稀少疾患の画像読影の追加(見直し)
- B009 診療情報提供料(I)(見直し) 心臓検診、学校検尿などへ対象拡大。心身症・発達障害等の患者の学校・保育園等への情報提供の追加。学校等におけるてんかん発作時の口腔用液(ブコラム®)の投与の追加。「当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない」の削除。
- B-*** 成人移行支援連携指導料 1(新設、再掲)
- B-*** 成人移行支援連携指導料 2(新設、再掲)
- B-*** 要支援児童・慢性疾患等地域連携指導料(新設、再掲)
- B-*** 小児アレルギー疾患指導管理料(新設)
- B-*** 遺伝性疾患の血縁者に対する遺伝カウンセリング(新設)
- B-*** ペアレントトレーニング(新設)
- B-*** ハイリスク児成育支援料(新設)
- B-*** ハイリスク児栄養指導料(新設)
- B-*** 児童相談所等連携指導料(新設)
- B-*** 成人先天性心疾患診療加算(新設)
- B-*** がん患者妊孕性相談指導料(新設)
- B-*** 学校感染症管理指導料(新設)
- B-*** 小児抗菌薬適正使用加算(6 歳未満)を小児科の出来高の医療機関においても算定可能(新設)

C 在宅医療

C001 在宅ターミナルケア小児加算の増額

C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料

(体重が 20Kg 未満である場合に限るとする要件の変更)

C107 在宅人工呼吸指導管理料

(人工呼吸器加算の他に加温・加湿器加算の追加)

- C002 在宅時医学総合管理料 (見直し)
- C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料関係 (見直し)
- C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料 (見直し)
- C012 在宅患者共同診療料 (見直し、再掲)
- C-*** 在宅医療小児緊急入院加算 (新設)
- C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 (見直し)
- C150-7 間歇スキャン式持続血統測定器加算 (見直し)
- C168 携帯型精密輸液ポンプ加算 (見直し)
- C-*** 在宅輸血管管理料 (新設)
- C-*** 小児在宅ハイフローセラピー指導管理料 (新設)
- C-*** 小児在宅ハイフローセラピー装置加算 (新設)
- C-*** 乳幼児呼吸器管理材料加算 (新設)

D 検査

- D006-4 遺伝学的検査 (適応拡大)
- D006-19 がんゲノムプロファイリング検査 (見直し)
- D007-36 アルブミン非結合型ビリルビン (適応拡大)
- D012-23 RS ウイルス抗原の年齢拡大 (外来では1歳未満を6歳未満へ拡大)
- D012-24 ヒトメタニューモウイルス抗原定性の適応拡大
- D012-26 ノロウイルス抗原の年齢拡大 (2歳未満の年齢制限の削除)
- D012-38 グロブリンクラス別ウイルス抗体価ヒトパルボウイルス B19 (適応拡大)
- D023-16 サイトメガロウイルス核酸定量 (適応拡大)
- D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定 (適応拡大)
- D283 発達および知能検査 (見直し)
- D-291-2 小児食物アレルギー負荷試験 (見直し)
- D-*** 顆粒球のフローサイトメトリーによる CD16 測定 (新設)
- D-*** リツキシマブ投与後のリンパ球表面マーカー (新設)
- D-*** 読み書きスクリーニング検査改訂版 (STRAW-R) (新設)
- D-*** 感覚プロファイル (新設)
- D-*** ADHD-RS (注意欠如多動症スコア) (新設)
- D-*** 難病遺伝子パネル検査 (新設)
- D-*** 新起立試験の保険適応 (新設)

E 画像診断

- E-*** 画像診断管理加算（小児）（小児被ばく低減加算）（新設）
 E-*** （小児）単純X線撮影 被ばく説明加算（新設）

G 注射

- G-*** アデノ随伴ウイルスベクターを用いた遺伝子治療における拡散防止
 対策加算（新設）

H リハビリテーション

- H001 脳血管疾患等リハビリテーション（公認心理士の追加）

I 精神療法

- I002 通院・在宅精神療法（見直し）
 I008-2, 9 精神科ショート・ケア、デイケア（児童思春期の追加）
 I-*** 通院・在宅精神療法 児童思春期共同指導加算（新設）
 I-*** ペアレントトレーニング（新設）

J 処置

- J039 血漿交換療法（適応拡大）
 J045-2 一酸化窒素療法（適応拡大）
 J-*** 先天性心疾患に対する低酸素療法（新設）

K 手術

- K-*** 経皮的心房中隔欠損作成術 スタティック法（新設）
 K-*** 血液製剤院内分割加算（新設）

L 麻酔

- L001-2 静脈麻酔（見直し、再掲）

M 放射線治療

- M001-4 粒子線治療（小児放射線治療加算の適応拡大）

薬剤、他

- アバタセプト（外来化学療法加算の見直し）

その他

1) 小児給付率及び対象年齢の引き上げ

10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いただきたい。