

2019年10月3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 高橋 孝雄



公益社団法人日本小児科医会  
会長 神川 晃



### 2020年度社会保険診療における小児医療に関する要望書

清秋の候、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つきましても、深遠なる洞察に富んだご理解と絶え間のない意義あるご支援を賜り、深く感謝しております。

ここ数次にわたる診療報酬改定で小児医療はかなり見直され、病院・診療所とも体制が整備・充実して参りました。しかし、一方では、子どもたちの健全なる成育と、心身を問わない健康を守り維持するための課題は相変わらず山積みしております。殊に、近親者による虐待、発達障碍児への日常の対応、高度医療依存児の在宅診療などがきめの細かい対策を至急検討し、確立しなければならない問題として残されています。昨年末、成育基本法が成立したことも受けて、上記課題への可及的速やかな推進が望まれるところです。

ところでそれらを担う外来小児医療の核となると考えられるのは、『小児かかりつけ医』ですが、実質的にその実働の大多数を占める診療所医師の高齢化は避けられない問題として浮上しています。現状では、数多くの小児科医が、かかりつけ医を名乗ることに対し躊躇している状態です。一つには「小児かかりつけ診療料」が導入され、当該診療料を算定することと「かかりつけ医であること」が混同してしまう結果、本来かかりつけ医としての実力・評価は十分なのに、かかりつけ診療料を算定する上での施設基準にしり込みしてかかりつけ医を名乗ることを放棄してしまう、という構図だと思います。現行の「小児かかりつけ診療料」で規定されるような高度のノルマをこなす小児科医に対し、十分な評価をされることは当然ですが、高齢化等に対応できるように、少しノルマを緩めた条件でも「小児かかりつけ医」として認めていただくことが必要ではないでしょうか。また、いくつかの診療所がグループとしてかかりつけ医対応できるようにすることは、医師の過重労働の緩和として必要なことと考えます。また、これからの乳幼児・学童の成育に対する責任の所在の考え方は、健康面は医療機関に、その他は家庭にと単純に押し付けられるものでは決してありません。社会全体で育てていくという姿勢が大切です。すなわち、児に対する種々の情報が必要十分に地域で共有されていなければなりません。現行の

診療報酬体系でそのことに対応するのは、診療情報提供料ですが、提供先・情報内容ともに不備があり十分に機能しているとは言えません。まずは見直していただき緻密な連携が可能になるようにお願いします。

更に、入院小児医療・在宅医療に関しましても、多くの課題を抱えております。入院医療に関しては当初医師・看護師の person 費補填を目的に設定された小児入院医療管理料は、疾病構造の変化、小児医療提供体制の変化や働き方改革の影響を受けて、施設要件の見直しが必要です。病院小児科医が担う仕事の守備範囲は年々広がっており、それは医療機関に留まらず、幅広く関係機関と連携しなければならなくなりました。

医療技術の向上により、慢性疾患や障害を抱えた患者さんが成人になってから抱える問題が明らかになってきたため、こちらへの対応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します。小児医療の多くは急性期に属するため、DPC で評価していただければ、小児医療の強力な支援に繋がると考えております。

在宅医療に関しては、既存の枠組みを活用して小児在宅医療を要する患者さんご家族の支援を強化すべく、在宅時医学総合管理料、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院の小児加算が必要と考えております。連携強化として、学校への訪問看護師の派遣、入退院支援加算・退院時共同管理料の要件変更が望まれます。また、小児在宅医療は NICU の急性期後支援から展開されていきましたが、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ご家族に対しても必要で、この点に関してはこれまで十分視点があたってきませんでした。

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) 小児かかりつけ診療料

前回の改定での小児かかりつけ診療料に対する深夜対応の緩和、機能強化加算の導入、小児科外来診療料を含めてWHOのAMRアクションプランに基づき新設された小児抗菌薬適正使用支援加算、小児特定疾患カウンセリング料の年齢拡大、こちらの改定事項は開業医が提供する小児医療の充実にとって有り難い内容でした。また、昨年末成育基本法が成立し、小児かかりつけ医に対する関心、期待が高まっています。ところが、前述のようにやはりかかりつけ医を標榜することにためらいを感じる小児科医が大半を占めます。先にも指摘した通り、高齢化等に伴い「小児かかりつけ診療料」の算定要件・施設基準をこなせない実地医が多いことが原因でしょう。

そのことを勘案すると、「小児かかりつけ診療料の見直し」として、①段階的な対応能力に見合った評価を導入する。具体的には a. 上位の評価クラスに対しては、これまで通りの施設基準で変更を加えない。b. (新しく導入する) 下位の評価クラスに対しては、一定の要件のもと施設基準を変更し、時間外対応加算の届出の項目の削除、及び担当医師の該当必要項目の3つ以上から2つ以上への変更など条件の緩和を行う。②患者の同意と施設基準に叶えば複数の診療所がかかりつけ医として一人の患者に対応することを可能とする。③患者に1日に実施する検査、画像診断及び処置にかかる費用は、所定点数が1,000点未満の場合に限り、当該診療料に含まれる。以上3つの項目を要望します。

### 2) 診療情報提供料(I)

学童期前の乳幼児はもちろん、学童期の小児に対し、切れ目なくかつ総合的に成育を支援する必要性は徐々に認識され始めました。特に心身のケアを継続的に行わなければならない発達障害を有するお子さん・ご家族や思春期特有の問題を有するお子さんに対しての指導管理や、慢性疾患や障害児者といった、定期的に疾病の指導管理を行わなければならない児の医療行為に基づく診療情報は、医療機関と家庭だけでは完結しません。子どもを中心にシステムを構築することが大切で、教育・保育・福祉・保健など、子どもの生活に関わる多くの機関と共有しなければなりません。しかし現行では、これらの関係機関等への診療情報提供は診療報酬上の評価がなされていません。診療情報提供料(I)の提供先の範囲を広げ、これらの機関を加えていただくことを要望します。同時に、提供内容についての検討も行いたいと思います。殊に、学校生活指導管理表(日本学校保健会)、保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表および病児・病後児保育連絡表等は、すでに全国的に対応され、ほぼ統一化された記載様式で標準化されています。これに則って、教育・保育・福祉・保健などの機関への情報提供を保険適応することは、情報の共有の普遍化と連携の強化を進める上で特に強く望まれるところです。また、小児かかりつけ診療料と共に広く外来小児医療で用いられている小児科外来診療料についても、包括範囲から除外していただくことを要望します。

### 3) その他

不登校、いじめ、発達障害等こころとからだのケアを必要とする小児が増加しており、小児科医の包括的かつ総合的な成育支援が求められています。それらをカバーする指導管理の評価として乳幼児育児指導料を充実させ、増点と学童期までの年齢拡大を要望します。またそれに見合う増点を小児かかりつけ診療料及び小児科外来診療料でも要望します。

## ◎ 入院小児医療

### 1) 小児入院医療管理料

診療科偏在と地域偏在、二重の偏在に直面しなければならない状況に加えて、働き方改革に伴う最大労働時間が規定され、出産・育児に伴う子育て世代、特に女性医師の職場復帰支援が求められる中、各地域における入院小児医療の維持は極めて困難と言わざるを得ません。また、医療機関はそれぞれの地域で機能分化しようとして努力しておりますが、都市部と非都市部でその方法は異なります。

都市部では感染症(肺炎、胃腸炎、尿路感染症他)や気管支喘息など、短期間で回転の速い急性期疾患を主な対象とした医療機関と、重症または慢性疾患で専門性や緊急性が高く医療従事者と高度な設備を必要とする医療機関とが混在して必要です。一方非都市部では小児を受け入れることが入院・外来問わず他にないという地域が少なくありません。これは地域振興小児科の多くが置かれている状況で、地域での役割を担っています。地域の実情に即し、かつ安定した経営状態が確保されるよう、都市部の急性期疾患や、非都市部の小児医療を担う小児入院医療管理料 3-5 の算定点数引き上げを要望します。

一方、地域医療の最後の砦として機能している大学病院において小児入院医療管理料 1 を算定している医療機関は決して多くなく、その理由は算定要件に「緊急入院患者数が年間 800 件以上」の項目が算定されていることによります。大学病院で抱える患者にはそこでしか診療できない患者も少なくない上に、診断・治療のため持ち出しで行わなくてはならない項目も多いため、小児入院医療管理料 1、2 において専門診療の実績のような緊急入院患者以外の指標も選択して導入していただけることを要望します。

小児医療の収支を紐解くと、収入面では説明/指導といった非加算なものが多くを占めるのに対して、支出は人件費割合が高く、構造的に赤字になりやすい特徴があります。それを克服するために小児入院医療管理料を整備していただいたおかげで、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診療の質の向上、医療安全の推進や勤務医の負担軽減などを目的としてチーム医療を推進する施策が整備され、診療報酬にも導入されました。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、医学管理料の多くは、もともと医師・看護師に関する赤字人件費を補填するために定められた小児入院医療管理料に包括されており、良質なケアを提供する上で支障を来しております。また、これらの項目を導入することは働き方改革の推進において、タスクシフトに寄与する内容と考えられます。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の包括範囲(入院料加算、医学管理料)に関する見直しを要望します。

また、川崎病は年間 1 万 5 千人程度発生し、小児医療としては一般的に診療される疾患で、治療の主体は免疫グロブリン製剤となります。低年齢であれば問題ないのですが、免疫グロブリン製剤の投与量が患者体重によって算出されることから、学童期など成長して体重が大きくなった患者の場合には薬剤コストが増して採算が合わなくなってしまう。特発性血小板減少性紫斑病、急性散在性脳脊髄炎やギラン・バレー症候群などの疾患でも同様の事象が出現しており、体重換算して薬剤を投与する小児科特有の課題であり、疾患の重症度の治療反応性によっては複数回の反復投与が実施される場合も 10%前後に見られ、グロブリン製剤によらず複数の高額薬剤で問題になっております。こうしたケースに関して、現行の 85%ルール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を出来高払いに外していただけるよう要望します。

## 2) ハイリスク乳幼児連携指導管理料の新設

児童虐待の問題は年々深刻化しております。医療機関にやってくるケースはその 1 割とされています。医療機関における児童虐待への早期発見、早期介入は虐待に至らないまでも積極的な支援により重症化を防ぐことに寄与できることがわかっています。具体的には診療時社会的に注意を要する患者に遭遇した場合、市町村や児童相談所などの行政機関に情報提供を行いますが、これは現在全て無償で行われています。その原因は日本では医学的・社会的にリスクの高い小児の医療の多くは公的医療機関で行われており、診療情報提供料が算定できないことに起因します。評価がないから連携しないのではありません。ただ、こうした社会的にハイリスクなお子さんご家族への対応には多くの時間と心理的な配慮を要します。昨今の事例で児童相談所が抱え、対処しきれない問題の一部を児童虐待に対して積極的に関わっている特定の医療機関が慈善的に担っているのが現状です。ハイリスク乳幼児連携指導料として、医学的評価に基づいて患者リスクを評価し、多職種連携を行った際の評価を要望します。なお、昨今の虐待事例を参考にして、患者の安全を担保するために必要と考えられた場合には適切にカルテ記載を行うことによって、診療明細に対して内容を掲示しない措置を行えることを併せて要望します。

## 3) 入退院支援加算・退院時共同管理料

また、平成 30 年度改定では入退院支援として虐待を含む社会的支援が退院後も必要な患者さんに対する多職種連携を評価していただきました。医療・福祉・保健・教育を繋ぐ小児科医の大切な役割のひとつです。ただこれは小児を受け入れる全ての医療機関で対応すべき問題であることから、入退院支援加算を小児入院医療管理料の包括範囲から外していただくことを要望します。また、要対協を中心とした多職種連携は院内外に関わらず必要であることから、退院時共同管理料でも虐待や貧困を疑う患者さんにこの対象基準を適応していただくことを要望します。

#### 4) 成人移行期患者共同管理料

慢性疾患を有する子どもたちが成人になったとき、医療を成人診療科に移行することも重要です。疾患そのものの管理に加え、就労、妊娠、出産と続きます。現在小児循環器領域がこの点では先行しており、日本小児循環器学会、日本循環器学会、日本成人先天性心疾患学会など、多数の学会が共同して体制整備を進めています。具体的には、小児診療側から成人診療側へのカンファレンスを介した情報提供が行われた場合、双方の医療機関に成人移行期患者共同管理料として評価いただくことを要望します。

#### 5) 静脈麻酔

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経皮的炭酸ガスモニタ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、最近の研究で小児期の上気道閉塞は幼児期に留まらず一定の割合で学童期まで続くことが明らかになり、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) 小児在宅医療に関する小児加算の新設

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。小児の在宅医療は、対象となるお子さんたちがこれから成長する存在である点、患者さんの分布が成人の地域包括ケアで想定される中学校の学区単位では包括しきれずに二次医療圏もしくは県単位の広範囲にわたるという点で高齢者のそれとは異なっています。また、成長・発達を常に考慮しながら在宅での療養計画を設定するためには高い専門性が求められるところです。在宅時医学総合管理料につき、医療技術としての小児の専門性を考慮して小児加算の新設を要望します。同様の理由で在宅支援診療所、在宅支援病院についても小児ないし基礎疾患などのために障害を持ったお子さんが成人になった場合、対応してもらえる医療機関は限定されています。こうした患者さんが急性疾患で病状が悪化したとき、円滑に受け入れが行われることを目的に、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の標榜に関する小児加算の新設を要望します。

### 2) 学校における医療的ケア児の支援体制の充実

そのため、前者に関しては前回の改定でも要望しましたが、現行ではまだまだ医療的ケア児に適切な対処ができる訪問看護師は人員として不足しています。全国の特別支援学校・学級に専任看護師を配置することは現実的とは言い難い状況です。学校に通う医療的ケア児を支えるため、普段自宅を訪問して在宅ケアを行っている訪問看護師が学校に派遣された場合の評価を要望します。

### 3) 入退院支援加算・退院時共同管理料(対象医療機関の拡大)

後者に関しては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。院内外での多職種連携を深め、患者さんに提供する医療の質を高めるために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では包括範囲に含まれております。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ます。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。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院で算定できるよう、包括範囲の拡大を要望します。



#### 4) 小児を対象とする入退院支援加算の要件変更

成人の地域包括ケアでは患者数が中学校単位で仕組みが検討できる規模ですが、新生児・小児に関してはもっと少数ですから、人口の少ない自治体では都道府県単位で構築しなくてはならないこともあります。小児医療提供体制の枠組みに沿って在宅医療に関する体制を整備すると、小児二次医療圏単位で肺炎・胃腸炎などの急性疾患による急性増悪時に状態が悪化しないように早期介入を行うためには、中間施設の存在が欠かせません。すると対象患者数は必然的に少数となることから、成人病棟を対象として設定されている施設要件としての専従での対応は非現実的です。専門的知識の習得と研修の義務を条件に、入退院支援加算3が他業務と兼任で運用できることを要望します。

#### 5) 終末期医療が必要な子どもと家族への支援

また、在宅医療を受ける小児の患者さんはこれまで医療的ケア児を中心に考えてこられました。小児がん患者さんに対しては本来必要でありながら、これまであまり注目されることはありませんでした。入退院支援加算や退院時共同管理料といった入院料加算や医学管理料について、ターミナルケアを必要とする小児患者さんを対象に追加することを要望します。

## ◎ DPC の機能評価係数について

小児科では特に「お子さんとその家族のため」をスローガンにして、採算度外視で診療に向き合うことが往々にしてあり、それは今後も継続して行われることと思います。小児医療が政策医療のひとつに定義される所以のひとつでもあります。しかしその一方で例えば公立病院は「公立病院改革ガイドライン」に基づき、地域で担う役割と共に採算性を強く求められるようになりました。

小児医療の活動が本来なら共に進んでいくはずの運営母体によって経営状況安定化のためにそれを妨げるやり玉のひとつに挙げられた結果、病院小児科医は肩身の狭い思いを強いられるという現状があります。また医療現場における働き方改革の推進は、我々小児科医がこれまで多くの無償で提供してきた時間外診療を提供することで維持してきた医療にも変化が生じます。分娩と同様に、小児の急性期入院は夜間休日時間を問わないことはご承知のとおりです。小児医療については診療設備の集約化をはじめとするシステム上の工夫は検討されておりますし、ある程度完成してしまっていてようやく成立しているのが現状ですので、5年後には多くの問題が出現することが強く懸念されます。この矛盾に対して迅速な対応が必要と考えます。

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、現在評価は必ずしも十分とは言えません。従って、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し、医療機関が小児医療を提供することに対してより積極的になる動機付けを行うことが必須です。

病院小児科医が安定して勤務できる環境は子どもたちと家族の健康支援のために必須の条件です。1) 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、2) 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、3) 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。

## 【要望事項】

## A 基本診療料

- A246 入退院支援加算(見直し、再掲)  
 A307 小児入院医療管理料(見直し、再掲)  
 下記診療報酬項目を包括範囲から除外する。  
 (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、B005-2 退院時共同指導料、D206 心臓カテーテル検査法)  
 A-\*\*\* てんかん診療連携拠点病院加算  
 A-\*\*\* 虐待対応体制加算 1 , 2 (新設)

## B 医学管理等

- 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-\* 成人移行添付加算(名称要検討)(新設)  
 B001-\* 入院時食事療養料(新設)  
 B001-\* 成人移行患者受け入れ加算(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-\* こども療養支援士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)  
 B\*\*\* 小児アレルギー疾患療養指導料(新設)  
 B\*\*\* 入院時小児虐待診断料(新設)  
 B\*\*\* ハイリスク小児連携指導料(新設)  
 B\*\*\* 成人先天性心疾患入院指導管理料(新設)  
 B\*\*\* 成人先天性心疾患外来指導管理料(新設)

## C 在宅医療

- C001 在宅患者訪問診療料(1)  
 小児ターミナルケア加算、在宅悪性腫瘍患者指導管理料 注入ポンプ加算(新設)  
 C002 在宅時医学総合管理料 小児加算(新設)  
 C\*\*\* 在宅療養後方支援病院運用(見直し)  
 C\*\*\* 機能強化型在宅療養支援診療所(連携型)、  
 機能強化型在支病 在宅療養実績加算(見直し)

- C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料関係 (新設)  
 C101 在宅自己注射指導管理料  
   急性副腎皮質機能不全(副腎クリーゼ)時のヒドロコルチゾン製剤投与(新設)  
 C105 在宅経管栄養法指導管理料(見直し)  
 C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料(見直し)  
 C107 在宅人工呼吸指導管理料(見直し)  
 C161 注入ポンプ加算(見直し)  
 C169 気管切開患者用人工鼻加算(見直し)  
 C170 排痰補助装置加算(見直し)  
 C\*\*\* 加温加湿器加算(新設)  
 C\*\*\* 在宅経鼻人工気道指導管理料、経鼻人工気道加算(新設)  
 C\*\*\* 訪問看護手技指導費(新設)  
 C\*\*\* 災害時避難行動要支援者相談支援料 高度医療的ケア加算(新設)

#### 在宅医療整備に関する他項目の提案事項

- A246 入退院支援加算3(見直し)  
 A307 小児入院医療管理料 包括項目からの一部除外(見直し)  
 B001-5 小児科医療指導料 在宅非侵襲的人工呼吸器導入加算(見直し)  
 B007 退院前訪問指導料(見直し)  
 G004 点滴注射 医療的ケア児加算(新設)  
 J043-4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法(見直し)  
 その他 医療型短期入所中の処置に対する算定(見直し)

※ 別添資料として日本医師会小児在宅ケア検討委員会による中間答申を添付いたします。

#### **D** 検査

- D236-3 脳磁図(見直し)  
 D235-2 長期継続頭蓋内脳波検査(1日につき)(見直し)  
 DD235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)の測定(見直し)  
 D006-2 MLACD45 ゲーティング検査(見直し)  
 D006-4 遺伝学的検査(遺伝性腫瘍)(見直し)  
 D006-4 遺伝学的検査(難病等)(見直し)  
 D007 プロカルシトニン定量(見直し)  
 D007-35 血中ガラクトース検査(新設)  
 D\*\*\* 顆粒球のフローサイトメトリーによるCD16測定(新設)  
 D\*\*\* FGF23測定(新設)  
 D\*\*\* 血中極長鎖脂肪酸検査(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)  
 D010 特殊分析(見直し)

- D\*\*\* タンデムマス分析 (新設)
- 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)
- D\*\*\* 殺菌能検査 (新設)
- 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)
- 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), Version 3.0) (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-\* 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\*\*\* 小児在宅呼吸管理パルスオキシメータ加算 (新設)
- D\*\*\* プレネイタルカウンセリング加算 (新設)
- D\*\*\* フィリピン染色 (新設)
- D\*\*\* カプセル内視鏡留置術を併用した小腸カプセル内視鏡 (新設)

#### E 画像診断

- E202 先天性心疾患の血行動態診断に用いた場合の MRI 心臓加算の増点 (見直し)
- E101-2~5 ポジトロン断層撮影等 (FDG-PET 検査の DPC 包括範囲からの除外) (見直し)

#### I 精神療法

- 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)
- I\*\*\* てんかん心理教育療法 (新設)

#### 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)
- K\*\*\* 心筋電極を用いた両心室ペースメーカー移植術 (新設)
- K\*\*\* 心筋電極を用いた両心室ペースメーカー交換術 (新設)
- K\*\*\* 心筋電極を用いた植込型除細動器移植術 (新設)
- K\*\*\* 心筋電極を用いた植込型除細動器交換術 (新設)
- K\*\*\* 心筋電極を用いた両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術 (新設)
- K\*\*\* 心筋電極を用いた両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 (新設)
- K\*\*\* 経皮的閉鎖肺動脈弁穿通・拡大術 (新設)

#### L 麻酔

- L001-2 静脈麻酔 (見直し、再掲)

#### M 薬剤、他

- パリビズマブ (神経筋疾患、気道狭窄) (適応拡大)
- ミコフェノール酸モフェチル (適応拡大)
- パリビズマブ (横隔膜ヘルニア、食道閉鎖) (適応拡大)
- リツキサソ (適応拡大)
- パリビズマブ (先天代謝異常) (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いただきたい。