

令和 7 年 6 月 27 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 滝田 順子



公益社団法人日本小児科医会
会長 伊藤 隆



令和 8 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

新緑の候、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。

前回の令和 6 年度診療報酬改定では、ますます厳しくなる予算的制約の中で、小児入院医療管理料や小児かかりつけ診療料など基礎的な診療報酬の増点や加算設定を含めて、小児に関しては、他科に比較して最大限のご尽力を賜り、また、医療技術提案についても高い採択率をしていただきました。我々は、小児診療の最前線を担う立場から、前回改定にご尽力いただいた皆様に深く感謝しております。

一方、労働基準法の働き方改革（残業時間の上限規制）が、これまで厳密な運用の猶予対象とされてきた医師に対しても 2024 年度から適用され、特に病院の小児科勤務医の勤務体制には劇的な変化が生じています。この変化は、小児の病院診療の人的資源の急激な不足と経営状況の悪化に直結しています。

特に、後述する NICU、PICU といった小児を扱う集中治療室においては、新生児特定集中治療室管理料 1 や小児特定集中治療室管理料算定によって宿日直対応が不可能となった点は、多くの算定施設にとって莫大な人的資源の確保を要する重大な変化をもたらしました。すでに報道で取り上げられているとおり、実際に莫大な経済的損失が発生した施設が多数存在しています。

働き方改革の潮流自体は小児入院医療の持続可能性を担保するために不可欠なものです。急激な変化は必要不可欠な小児医療提供体制を毀損する懸念があります。これは集中治療領域だけの問題ではなく、大学病院・高次医療機関が人員の再配置を余儀なくされ、人的資源の供給を受けている二次医療機関や地域の健診体制、外来診療にも深刻な影響を及ぼすことが危惧され、一部は現実の

ものとなっています。

そもそも小児医療は、成人と異なり常時の見守り体制の確保や診察の介助を含め、大きな人件費負担を避けて通ることが出来ません。前回改定では、付き添い者確保問題についての世論の高まりを受けて、迅速に看護補助加算等の追加対応をしていただきました。しかし、特に幼少児の十分な常時養護に要する人件費を、完全にカバーするには到底不十分であり、高い人件費比率による小児入院医療の構造的な赤字体質を是正するのは困難です。

これに加えて、令和7年度には出生数が70万人を下回ると予測されています。このような想定を上回るスピードで進行する少子化問題は、周産期及び小児科診療施設の稼働率低下、そして外来収益の減少に直結し、急速に小児医療提供体制を毀損しつつあります。

さて、少子化や疾病構造の変化に伴う病院収益減少の全てを診療報酬のみで負担するのは困難であると理解しています。「行われた診療行為に対する適正な報酬を」という原則は遵守されるべきであり、小児診療資源の適正な再配置については細心の注意が払われるべきです。しかし、医療計画に基づく政策事業や補正予算と、小児に関連する診療報酬の資源配分、こども家庭庁関連事業との医療資源利用のバランス（人的資源の適正利用を含む）について、特に小児医療機関の総収益に関する包括的で明瞭な見取り図を、我々医療者や国民に提示していない点が慢性的な不安を招いているように思います。

例えば、厚生労働省医政局やこども家庭庁と共同での、保険、保険外、各種助成金などの小児の医療機関収益に配慮した、原価計算を含む適切な会計学的調査、包括的なロードマップの提示や、全体像の中での小児診療報酬の適切な位置づけを今後の検討課題としてお願いしたいと思います。

最後になりますが、一連の急激な構造変化によって一度失われた地域の小児医療資源は、回復させることが非常に困難です。地域の小児病棟の存続を経済原理にのみ委ねるのではなく、地域医療計画に基づいた社会インフラと位置付けて再整備することが必要です。95%以上の小児救急患者が1時間以内に外来へアクセスできる現行の小児医療提供体制、そして将来的な第2、第3のパンデミックや大規模災害においても迅速にプライマリ・ケアを含めた初期診療を可能とする、柔軟性のある小児医療資源の確保のために、今後もエビデンスに基づく政策決定による継続的な診療報酬上のご支援をいただけますように切にお願いする次第です。

以下に外来小児診療、入院小児診療、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。

◎外来小児診療

こども家庭庁の創設に伴い、生後 1 か月児及び 5 歳児健康診査支援事業が新たに始まりました。また、「小児かかりつけ診療料」の要件には発達障害の相談対応が明記され、小児医療の役割がますます多岐にわたることが示されています。これからの小児医療体制は、Biopsychosocial Well-being (BPS) に基づく並走型の子育て支援と、切れ目のない医療供給体制の確立を目指す必要があります。病院勤務医を含む地域の全ての小児科医が、病院、保健、福祉、教育機関と密な連携を取り、要支援児童・要保護児童や慢性疾患、成長や発達の相談など、出産前後から成人期に至るまでの継続的な支援を行う役割を担います。地域全体で子どもを見守っていく「Community Pediatrics」の実践が求められています。今や育児は親に頼るのではなく社会が担う時代になったと言えます。その中核となるのが「小児かかりつけ医」であり、その機能を評価したものが、「小児かかりつけ診療料」となります。しかし、日本小児科医会が行った令和 5 年度医業経営実態調査においては、「小児かかりつけ診療料」の届出率は 36.0%に留まっています。その主な理由は、年齢や体力的に常時対応が難しいことなどがあげられます。「小児かかりつけ診療料」の施設基準の見直しにより、より多くの小児科医が地域医療に貢献できる体制を構築することが求められます。

小児の時間外診療においては、医師の働き方改革による影響で、地域によっては一次救急医療、小児地域医療センターの時間外診療の変更や中止も少なくありません。#8000 の相談件数の増加、保護者の共働きによる診療終了前後の駆け込み需要の増加、夜間救急、時間外対応のニーズは非常に高い状況にあります。

診療終了後の時間外診療の受け入れ拡大は、小児の一次～二次救急体制の維持とともに子育て支援に大きく貢献します。受け入れ拡大には、職員の時間外手当等への配慮と医師の行動変容が重要であり、小児科外来診療料における時間外加算の減算規定の廃止を強く要望します。

慢性疾患や特別な医療的ケアが必要な児童、あるいは要支援児童が退院する際に、医療情報を基幹病院から地域の「かかりつけ医」、そして行政機関と事前に共有し、密接に連携を図ることは、児童の健全な成長と支援体制の充実に不可欠です。「要支援児童・慢性疾患等地域連携指導料（案）」の新規提案により、地域での包括的な支援体制を強化し、子どもたちが適切な医療と支援を受けられる環境を整えることを要望します。

COVID-19 感染症のパンデミックは、医療体制の強靱化や感染症対策の重要性を深く認識させる契機となりました。今後も新興感染症の発生が懸念される中で、病原体を意識した地域の感染状況の把握、小児科外来で多数を占める感染症に対する迅速診断の重要性が増しています。少子化の急速な進行という小児科独自の状況もあり、持続可能な質の高い診療体制を確保するために、「小児科外

来診療料」及び「小児かかりつけ診療料」の初再診の増点を要望します。地域の子どもたちが安心して成長できる医療体制を維持し、将来の日本社会を支える子どもたちに明るい未来を提供していくことが望まれます。

【最重点要望事項】

(1) B001-2-11 小児かかりつけ診療料の施設基準の見直しと増点

令和4年度改定により、施設基準から「小児科外来診療料を算定している」の要件が削除されましたが、令和6年度改定により、再び施設基準に「小児科外来診療料を算定している」の要件が追記されました。「小児かかりつけ診療料」の施設基準から「小児科外来診療料を算定している」の要件を削除し、出来高払いでも算定可能となることを要望します。また、日本小児科医会が行った令和5年度医業経営実態調査においては、休日・夜間診療の出務回数の年6回未満が36.6%あります。「小児かかりつけ診療料2」において、「在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っている」の規定を見直すことにより、より多くの小児科医の参画を促すことが必要です。「小児かかりつけ診療料」をより普遍的で参加しやすい仕組みとするために以下の要望を行います。

- かかりつけ医の機能強化のため、「算定要件にBPSな側面から医療や保健指導等の支援の提供を行うこと」の追加を算定要件に求める。
- 施設基準である「小児科外来診療料を算定している」の要件を削除し、「出来高」の医療機関の参画を促す。
- 施設基準に「オ）地域の子どもたちに対して健康増進や疾病予防に関するアドボカシー活動の実施や地域の小児医療に関する協議会等に参加」を追加し、選択は2つ以上とする。
- 「小児かかりつけ診療料2」の施設基準の「在宅当番医等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っている」の見直しと診療時間終了後、帰宅するまでの時間外対応を求める。

(2) B001-2 小児科外来診療料の時間外加算の規定の見直しと増点

- 小児科外来診療料を算定している医療機関も夜間や休日の診療を担っており、夜間や休日の診療体制を維持するため、時間外診療における減算規定の廃止を提案します。

(3) B-****新設 要支援児童・慢性疾患等地域連携指導料

- 入退院支援加算を算定したことがある児、ハイリスク妊婦から出生した児、小児慢性疾病を持つ児、PICU等の重症な治療を受けて後遺症を持った児等が退院する際に、病院側と地域のかかりつけ医になる診療所の間で、事前にICT等を活用したカンファレンスを行うことに対し、診療報酬上の評価を要

望します。在宅医療に関わる患児には退院時共同指導料の医学管理料がありますが、これとは別に「要支援児童・慢性疾患等地域連携指導料（案）」の新規提案により、慢性疾患を持つ児童や要支援児童が退院する際に、医療情報を基幹病院から地域の「かかりつけ医」、そして行政機関と事前に共有し、密接に連携を図ることが可能となり、地域の医療体制の強化に繋がります。

◎入院小児診療

1) 小児入院医療管理料

前回の診療報酬改定では、保育士配置加算の充実、看護補助者に対する加算設定、小児入院医療管理料³の大きな見直しなどをいただき、大変有難うございました。しかし特に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、現在も働き方改革・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。

小児医療を一定程度維持するべき全国の各地域において、医療提供を維持することが困難なほどに医療従事者の確保、財源の確保に困難が生じています。

現在の小児入院医療管理料は、急性期一般入院管理料と比較して一見高額のように見えますが、実際には1人の小児患者にかかる医療費及び体制の維持に必要な経費を踏まえると、赤字経営を前提とした点数設定となっており、一方で、小児救急医療を除く小児入院医療に対する国庫補助の運営費補助金はなく、たとえ地域にとって必要な施設であっても各都道府県も赤字補填・支援を行うことが困難な体制となっております。小児入院医療管理料全体の増額及び国庫補助の新設が急務と考えます。救急医療管理加算が算定できないことも、小児入院医療の実態を反映しておらず、包括外への見直しが望まれます。なお「小児」対象の上限年齢についても、診療の実勢を踏まえた柔軟な対応をご検討いただければと思います。

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・医療の進歩により小児領域でも救命率が上がった一方、救命されたものの継続治療が必要な慢性疾患や障害を持ちつつ成人する患者が増えてきました。質の高い医療を切れ目なく提供するには小児診療と成人診療の連携が重要であることは明らかなです。成育基本法の規定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、厚生労働省が進めている「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。小児期発症慢性疾患を有する患者への成人移行支援が行われた場合、小児診療および成人診療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。なお今期は、適切な成人移行支援を推進するために、日本小児科学会が公表している「移行期医療における疾患別ガイド」に載っている疾患、および各学会で独自

に移行期医療のガイドを策定している疾患を対象とすることを提案させていただきます。それにより、診療報酬の拡大解釈なども防ぐことができると考えております。

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今期も要望致します。

4) 小児特定集中治療室管理料

小児特定集中治療室管理料ならびに特定集中治療室管理料の算定上限日数を超過しても、集中治療室において濃厚な治療と管理が必要な患者が一定数存在します。その内訳は2023年集中治療専門医研修施設調査報告によると特定集中治療室管理料1/2 10.2% [5.9-18.6] (156施設)、特定集中治療室管理料3/4 11.4% [5.0-22.5] (62施設)に対して小児特定集中治療室管理料 35.8% [19.1-53.8] (8施設)と突出して高くなっています。また、重症心身障害児者などを理由とし、年齢超過による非算定患者も全体の5%程度存在することが報告されています。

しかし、(P) ICUで管理を継続した時に算定される入院基本料が急性期一般入院基本料となり、同一施設内の一般病棟での小児入院医療管理料算定患者との間で点数の逆転が生じ、地域の重症患者を受け入れているにも関わらず、不採算を生み出す要因のひとつになっています。

より重症で、より医療費を投入している患者の点数が低いことは問題です。以前より重篤な小児患者を入院で診療できる施設自体限定されていて、かつ算定上の不利益が継続したままですと、小児医療提供体制に更なる悪影響を及ぼしかねません。小児特定集中治療室において小児特定集中治療室管理料が算定できなくなった場合、急性期一般入院基本料ではなく、当該施設での小児入院医療管理料算定病棟と同じ特定入院料を算定することを求めます。

さらに、症例集約の進展によって、小児特定集中治療室に入室する患者数は減少せず、重症度もなお高いですが、施設要件(8)アとイにかかる転院症例数は減少傾向です。この要因として、重症度が高いあるいは重症化が予測される場合は、(1)重症化する前に早期に高次医療機関へ転院搬送、(2)救急隊が高次医療機関を選定する症例が増えていると推測されます。

これは患者安全の面からは望ましいですが、現行の施設要件（8）アとイには反映されず、小児特定集中治療室への重症患者の集約が適切に評価されていません。そこで、現行の転院症例数に代えて、入室する患者重症度に基づいた施設要件に変更することを提案いたします。

また、小児特定集中治療室管理料すなわち PICU を設置する施設は子ども病院、大学病院、専門領域に特化したナショナルセンターが対象となります。しかし、後者の大学病院やナショナルセンターに関しては他領域との兼ね合いから必ずしも小児入院医療管理料 1 を算定せず、管理料 2 を算定する医療機関も相応に存在します。これを受けて小児特定集中治療室管理料の施設要件に小児入院医療管理料 1 を算定していることに加えて、2 を算定している医療機関も対象とすることを提案します。

これまでの経緯として、小児特定集中治療室管理料は小児を診る ICU が周術期だけでなく救急患者の受入も行うこと、多くの患者を診療することで質を担保するということから現行の施設要件が定められ、その分成人を主な対象とする特定集中治療室管理料より高い評価をいただいております。しかし、その後特定集中治療室管理料の増点に伴って手間も負荷も大きな小児を診るインセンティブが消失し、加えて止まらない少子化のため施設要件に定めた患者集約が県を越えても満たさなくなり始めております。

診療の質を担保するため、患者数の代わりに pSOFa を用いて一定の割合で重症患者を診療していることを証明し、かつ成人の特定集中治療室管理料にはない「8 床以上」という病床数で小規模 PICU の乱立を防ぎ、患者数が確保できる施設要件の変更を提案いたします。一方これまでの施設要件であった小児重症患者の集約（救急患者年間 50 名以上、他施設で救命救急入院料/特定集中治療室管理料算定患者の転院 20 名以上、開心術年間 80 件以上）に関する要件や、臓器移植を請け負う医療機関に関してはこれらの実績をインセンティブとして加算に加えて人員、設備の維持を図って高品質な診療への評価とする提案をさせていただきます。

5) 新生児特定集中治療室管理料

前期改定では、長年の要望であった重症児対応体制強化管理料の設定をいただき、より実勢に即した重症患児対応に関する予算設定をいただきありがとうございました。しかし、現在の算定対象となる病態や算定期間は重症新生児の極一部しかカバーしておらず、濃厚な循環管理や鎮静管理等を要する重症な新生児を対象とする必要があるとともに、NICU に入室から一定期間後に重症度が上昇する症例なども算定できるようにする必要があります。また、新生児特定集中治療室管理料 1 の算定について宿日直許可の申請が不可能となったことに

より、1を算定していた多くの施設でその算定が困難となっております。新生児医療連絡会による調査（2024.11月施行）による速報データでは、総合周産期母子医療センター109回答のうち、元々管理料2であったのは6施設

（5.5％）であったが、2024年6月以降、新たに13施設が管理料1から2に落とし、合計19施設（17％）で本来取得すべき管理料1がとれなくなっています。これは特に中規模NICUの経営に直結する危機的な状況です。日本小児科学会や関連分科会、新生児医療連絡会などから、今後いくつかの施設実態調査を行い詳細な状況をご報告する予定ですが、いずれにしても、これらの施設の多くは地域の分娩取り扱い施設や小児医療施設と積み上げてきた連携によりその役割を発揮するとともに、必要時にはより高次の施設へ搬送するなど、重要な役割を担っており、それらを維持・向上させるために必要な人員の確保に見合う加算等の配慮を要望します。

今期は重症児対応体制強化管理料の対象疾患や期間の拡大と、PICUと同様の算定期間超過時の入院費逆転を緩和する提案に加えて、虐待等ハイリスク児に対する細やかな配慮やNICUに入院する早産児や病的新生児の発達を促進するためのポジショニングや痛みケアによる支援、早期からの静脈栄養など、新生児診療における様々な管理の質を担保することに対して、加算設定をご提案させていただきます。

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。

加えて、今期改定に先行して小児鎮静に関する包括的な管理指針が日本小児科学会分科会より策定されました。本指針に準拠する規定や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。

7) 小児療養環境特別加算の見直し

当該管理料と、「A220-2 特定感染症患者療養環境特別加算」における対象患

者が本来は類似と考えられるが、記載内容に違いがあるため、混乱を生じ得ます。趣旨が同様の加算であるため、対象患者の整理を希望します。

8) 小児特定疾患カウンセリング料の見直し

前期にてオンライン診療における算定の実現を含む大幅な改善を実現いただきました。しかし、当診療報酬の対象となる傷病では環境調整が必須ですが、患者同席のもとでの家族指導はしばしば困難または適切でないことがございます。家族は患者にもっとも近い外的環境かつ支援者であり、家族の本人への接し方や傷病に対する受容は、患者の予後に大きく影響します。そのため時として、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。

例えば虐待を背景に有するような対象疾病の診療をする場合、被害・加害の関係にある親子関係を再構築するためには家族カウンセリングは重要です（「厚生労働省作成のこども虐待防止対策の基本的考え方」より）。加害に至る養育困難の原因を評価するためにも患者の同席なく家族と面談することは必須です。

ほぼ同一の対象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当該診療報酬を算定可能となっており、制度の矛盾の是正のためにも、家族のみの受診におけるカウンセリング料の算定を算定可能とする必要性があります。

◎在宅医療

1) 小児在宅医療における在宅療養後方支援病院との連携強化

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。特に小児の在宅医療においては感染症等による急な状態悪化、医療的ケアの調整やデバイスの条件設定など、しばしば入院を必要とします。そのため小児の在宅医療を提供する際には地域の在宅医と緊急時等の入院受け入れ施設が連携機関として存在することが理想です。しかしながら、在宅医療管理を必要とする患者の多くは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。特に気管切開、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。こうした小児在宅医療の緊急入院体制や施設を整備する必要がある、円滑に受け入れが行われることを目的に、在宅療養後方支援病院があります。

しかしながら別表 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。そのため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。在宅療養後方支援病院がきちんと働けるよう算定可能な患者状態の拡大や病床数制限の撤廃を希望します。

2) 入退院支援加算・退院時共同指導料（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別表の「退院困難な要因」が主に認知症や排泄介助など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、小児慢性特定疾病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・退院時共同指導料が、全ての小児入院医療管理料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料ならびに小児特定集中治療室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。

また、退院時共同指導料が送り出し側の施設のスタッフと、受け入れ側の地域リソースのスタッフが一堂に介して情報交換を行う構築となっているのに比べ、入退院支援加算は送り出し側のスタッフだけで全てが完結してしまい、地

域の受け入れ側に十分な情報が伝わるかどうか不明な部分があることを指摘しておきます。

3) 在宅輸血管理料

在宅医療の整備が進んでいますが、研究班調査等によると、血液・造血器腫瘍領域では、終末期の在宅移行が進んでおりません。その一因として輸血療法が必要なことが考えられています。どうしても必要な患者に対しては、各施設の工夫により輸血療法が行われていますが、その管理基準は各施設に任されており、医療安全の面や全国一律な医療の質の向上の観点からは、適切な報酬のもと保険診療下で行われることが望ましいものと考えます。

◎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）、5) 地域の学校医や園医を担当したり自治体の行う乳幼児健診に積極的に出務している施設に対して、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」などの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。

なお、前期改定で実現した「小児・周産期・精神科充実体制加算」は部門収益として施設に寄与しにくい小児医療体制の維持に対する、病院診療報酬全体への評価という点で、本項の要望事項をある程度反映いただいた内容かと感じ、大変感謝しております。

一方で、精神科を有さない病院では、充実した小児・周産期機能を有し地域社会に必須の機能を持つ基幹病院でも該当加算が算定できません。この点は我々の要望の趣旨から乖離しており、より根本的な DPC 機能評価係数への小児医療の評価を今期も継続して提案させていただくとともに、本加算については個々の診療機能を有する点をよりきめ細かく評価できるような制度修正をご検討いただければと思います。

【要望事項】

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

A000 初診料、A001 再診料

A000 初診料 注11、注12、注13、注14

A001 再診料 注15、注16、注17、注18

- ・ 感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算の施設要件及び算定基準の緩和と増点
- ・ 感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算の対象に、病院の外来を含める

A001 注8 外来管理加算

- ・ ネブライザー処置

A000 注16 医療DX推進体制整備加算

- ・ 小児医療機関に特例

A000 初診料、A001 再診料

- ・ 小児科の初診料、再診料の引き上げ、小児を対象とした外来管理加算の引き上げ

A221-2 小児療養環境特別加算の文言整理（再掲）

A301 特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料の修正（再掲）、年齢要件の緩和

A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の要件修正

A302-1 および2、A303-2 新生児特定集中治療室管理料および総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料の算定要件変更（再掲）

A307 小児入院医療管理料 の修正（再掲）、年齢要件の緩和

（新規）

- ① 小児回復期地域連携受入加算（再掲）
- ② 新生児発達支援充実加算
- ③ 新生児早期静脈栄養管理加算
- ④ 新生児特定集中治療室遠隔連携加算
- ⑤ 新生児特定集中治療室搬送体制確保加算
- ⑥ 母乳栄養管理加算
- ⑦ ハイリスク児成育支援料
- ⑧ 小児がん長期フォローアップ管理料

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

第1節 医学管理料等

B001 小児科療養指導料 年齢の引き上げ、中学3年生までの対象拡大

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料

- ・ 乳幼児育児栄養指導料の6歳未満への年齢拡大と増点、施設基準の見直し

B001-5 小児科療養指導料の算定年齢引き上げ

B001-9 診療情報提供料（I）

- ・ 学校生活管理表
※ 学校関係への文書を伴った情報提供（食物アレルギー以外の心臓検診、学校検尿などにおける学校生活指導管理表）の算定
- ・ 不登校、発達障害、要支援児童
※ 不登校、発達障害、要支援児童の診療情報について、学校への情報提供が可能となるように変更。

B001 4 小児特定疾患カウンセリング料の期間の延長、増点、慢性便秘症などの小児消化器疾患の追加、インターネットゲーム障害の対象追加、心理士による訪問カウンセリングの算定要件追加、家族のみ受診の算定要件設定（再掲）

B001-5 小児科療養指導料（算定年齢の緩和）

B001 9 外来栄養食事指導料

- ・ 便秘症を適応疾患に
- ・ 軽度から中等度肥満児に対する栄養指導の保険適応

B001 16 喘息治療管理料2 算定回数の拡大

B001_25 移植後患者指導管理料（算定要件の緩和）

B001 36 腎代替療法指導管理料（適応拡大）

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（シダキュア導入後のミティキュアなど）においても導入時管理料（280点）を算定可能

B005-11 遠隔連携診療料（適応拡大）

（新設）

- ① 成人移行支援連携指導料1、2（再掲）
- ② 要支援児童・慢性疾患等地域連携指導料（再掲）
- ③ 強化型小児医療体制地域連携体制管理料
- ④ 学校感染症管理指導料の新設
- ⑤ 小児アレルギー疾患療養指導管理料の新設（18歳未満）

- ⑥ 夜尿症を特定疾患療養管理料に追加あるいは夜尿症管理加算の新設
- ⑦ ペアレントトレーニング
- ⑧ 小児肥満指導管理料
- ⑨ 小児重症アトピー性皮膚炎 指導管理料
- ⑩ ハイリスク小児連携指導料
- ⑪ 小児脳腫瘍の病理組織診断の補助のための遺伝子検査
- ⑫ PHOX2B 遺伝子検査
- ⑬ カルタヘナ関連法対応体制加算
- ⑭ 遺伝子治療指導加算
- ⑮ 精神科リエゾンチーム加算に関する改定

第2部 在宅医療

- C012 在宅患者共同診療料 の算定要件拡大（再掲）
- C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料 15歳以上体重20Kg制限の撤廃
- C107 在宅人工呼吸指導管理料 「加温・加湿加算」を追加（新規）
- 別表13：人工呼吸器15歳以上体重20Kg制限の撤廃
- C150-7 血糖自己測定器加算 間欠スキャン式持続血糖測定器によるもの（算定要件の緩和）
- C170 排痰補助装置 算定対象の拡大
- C173 横隔神経電気刺激装置加算（施設基準の拡大）

第3部 検査

第1節 検体検査料

第1款 検体検査実施料

- D006 4 遺伝学的検査の適用拡大（難病等）
- D006 19 がんゲノムプロファイリング検査 DPC 包括対象外化
- D012 24 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 28 ノロウイルス抗原の年齢拡大
- D012 25 ヒトメタニューモウイルス抗原定性の適応拡大
- D012 38 グロブリンクラス別ウイルス抗体価
ア（ト）ヒトパルボウイルス B19 の適応拡大（15歳未満の小児へ拡大）
- D012 25 ヘリコバクター・ピロリ抗原定性 適応症の見直し

第3節 生体検査料

- D016-3 難治性ネフローゼ症候群に対するリツキシマブ投与後の T 細胞・B 細胞百分率による CD19 または CD20 測定
- D215 超音波検査 便秘症を適応疾患に

D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定 気管支喘息・喘息性気管支炎の適応病名追加、先天性心疾患への適応拡大

D236-3 脳磁図（増点）

D238 脳波検査診断料

D291-2 小児食物アレルギー負荷検査（適応年齢の拡大）

D306-313 小児鎮静下消化管内視鏡加算

D310, 313 内視鏡的経口カプセル内視鏡留置術の適用拡大、保険点数増点

D412-2 経皮的腎生検（検査難易度による増点要望）

（新設）

① 新起立試験の保険適応

② 弱視スクリーニング検査

③ ADHD に対する ADHD-RD 検査

④ 殺菌能検査

⑤ 血清コレステロール測定（血液）

⑥ 遺伝学的検査のカテコラミン誘発多形性心室頻拍（CPVT）、ブルガダ症候群（BrS）、不整脈源性右室心筋症／不整脈源性心筋症（ARVC/ACM）への適応拡大

第4部 画像診断

E101 発作時シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（増点、項目設定の見直し）

E202 小児MRI 鎮静下撮影管理加算の要件変更

第9部 処置

J026-4 小児（乳幼児）在宅ハイフローセラピー指導管理料、小児（乳幼児）在宅ハイフローセラピー装置加算、乳幼児呼吸管理材料加算（2020年保険収載）の適応にハイフローセラピーを追加

J041-2 移植片宿主病（GVHD）に対する血球成分除去療法（体外フォトフェレーシスキット）の小児入院医療管理料における包括除外、Cellex ECP システム（増点）

第10部 手術

K921 造血幹細胞の細胞調製及び凍結保存（増点）

（新設）

在宅輸血管管理料（再掲）

第 11 部 麻酔

L001-2 静脈麻酔 2 の調整（再掲）

L008-2 体温維持療法（算定対象の拡大）

L100-4 ボツリヌス毒素を用いた神経ブロック

第 13 部 病理診断

（新設）

上・下気道上皮線毛の電子顕微鏡検査

<その他>

① 小児の給付率を 9 割にする

② 任意の予防接種を保険適応