

令和2・3年度  
小児在宅ケア検討委員会  
中間答申

令和3年5月

日本医師会  
小児在宅ケア検討委員会

令和3年5月21日

日本医師会

会長 中川俊男 殿

小児在宅ケア検討委員会

委員長 田村正徳

### 小児在宅ケア検討委員会中間答申

#### ～令和4年度診療報酬改定要望について～

本委員会は、令和2年12月10日に開催された第1回委員会において、貴職より「医療的ケア児のライフステージに応じた適切な医療・福祉サービスの提供について」検討するよう諮問を受け、これまで3回の委員会を開催し、議論を重ねてまいりました。

新生児医療や小児医療の進歩により日本の新生児死亡率が世界一低くなった反面、人工呼吸等の高度な医療的ケアを日常的に必要としながら在宅で生活する子どもたちが急増しています。2018年に成立した成育基本法に則って、こうした児に適切な医療を実施して潜在的な能力を引き出し、家族が安心して就労を含めた社会参加が出来る体制を構築することは、少子化が進行する中で日本の発展を維持するために喫緊の課題です。

各地域で小児在宅ケアの提供体制を整備していくためには、診療報酬上の課題の改善も必要と考えます。そこで本委員会では、令和4年度診療報酬改定に向けて、主に以下の観点から、診療報酬に関する課題を検討し、別添の通り要望を取りまとめました。

1. 診療所や成人を対象とする在宅医の小児在宅医療への参画を促す観点から、診療報酬上の課題を改善する。
2. 小児独特の病態に対して適切な在宅医療が提供出来る様に診療報酬上の課題を改善する。
3. 医療的ケア児のQOLの向上につながるよう入院医療を含めた診療報酬上の

制約を見直す。

4. 医療的ケア児の支援には、医療から福祉、保育、教育にまたがる地域資源・多職種連携が必要であり、そうした連携を促すとともに、小児の健全な発達・発育を促進させるための取り組みを評価する。
5. コロナ感染に対応したオンライン診療を小児在宅医療にも導入する。

診療所や在宅医による小児在宅医療が充実して、NICUを含めた高度医療機関への長期入院を減少させることが出来れば、社会全体としての医療費の節約効果も期待出来ます。今後行われる診療報酬改定の議論の際には、ぜひ本要望についても取り上げていただきたく、何卒よろしくお願い申し上げます。

本委員会では、引き続き医療的ケア児のライフステージに応じた適切な医療・福祉サービスの提供について、検討を重ねてまいります。

## 令和4年度診療報酬改定に関する要望

No.	関係項目	要望の内容及び背景	要望点数
<b>診療料関連</b>			
1 優先	在宅時医学総合管理料 注12 オンライン在宅管理料  A003 オンライン診療料  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">新設</div>	<p><b>【要望】</b>            オンライン在宅管理料に「乳幼児加算」を新設していただきたい。            オンライン診療料に「オンライン在宅子育て支援加算」を新設していただきたい。</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p><b>【背景】</b>            在宅医療を受けている乳幼児・家族は、医療的ケアや感染予防対策等様々な困難を抱えながら在宅療養生活を送っている。在宅医はそれぞれに対して、情報通信機器を使用しきめ細やかな対応を行っており、適切な評価をお願いしたい。</p> <p>在宅時及び家族からの依頼を受けて、オンラインで30分以上相談に乗ることも少なくない。十分時間をとった対応に対する評価をお願いしたい。            (在宅時医学総合管理料を算定している15歳未満の患児及び家族に対し、オンラインで30分以上の相談を医師、看護師、心理士が対応した場合に算定)</p>	<p><b>【要望】</b>            ●乳幼児加算(新設) 300点            ●オンライン在宅子育て支援加算(新設) 500点</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">—</p>
2 優先	在宅時医学総合管理料と処置料等	<p><b>【要望】</b>            在宅時医学総合管理料を算定している小児が、外出時に突発的に疾病を発症して、他の診療所を受診した場合、その初診料や処置料等を査定しないでいただきたい。            また、同管理料を算定している障害児が医療型短期入所サービスを利用した場合(30日以内)、施設で実施した「喀痰吸引、ストーマ処置、導尿、経管栄養」に対する処置料等の算定を認めていただきたい。</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p><b>【背景】</b>            上記に関し、査定された事例があった。現行では<u>高齢者の小規模多機能型居宅介護事業所宿泊サービス(30日以内)の利用者に対して在宅時医学総合管理料が認められている</u>。障害児者の短期入所サービスの利用者の多くの利用日数は5日間程度であるため、<u>小規模多機能型居宅介護と同様の解釈を適応することが妥当と考える</u>。</p>	<p><b>【要望】</b>            要件の変更            (点数の変更なし)</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>(現行)            560～5400点</p>
3 優先	C000 往診料 急変時緊急往診加算	<p><b>【要望】</b>            緊急往診加算の算定基準に、「入院の可能性が高い小児の急性変化の病態」を追加していただきたい。</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p><b>【背景】</b>            現行の急変時緊急往診は、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症、終末期等でしか認められていない。<u>小児の場合は、これらの疾患以外に急性呼吸不全やてんかん重積状態等に対して速</u></p>	<p><b>【要望】</b>            要件の変更            (点数の変更なし)</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>(現行)            325～850点</p>

No.	関係項目	要望の内容及び背景	要望点数
		<u>やかに往診しなければならないと判断される。そのような成人と小児の医学的病態の違いを反映した仕組みにするべきと考える。</u>	
4 優先	C000 往診料	<p><b>【要望】</b> 医師配置のない福祉型短期入所施設への往診を算定可能としていただきたい。</p> <p><b>【背景】</b> 医療的ケア児の短期入所を受け入れる施設の不足は深刻である。令和3年度障害福祉サービス等報酬改定で、福祉型短期入所施設でも医療的ケア児の短期入所を受け入れられるようになった。しかし、医師配置のない施設で医療的ケア児の短期入所の安全を確保するためには、医療との連携が欠かせない。<u>介護保険の施設の小規模多機能型居宅介護施設では、往診料の算定が可能である。</u>障害福祉施設においても同様に算定を可能とすべきである。</p>	<p><b>【要望】</b> 要件の変更 (点数の変更なし)</p> <p>(現行) 720 点</p>
5	乳幼児感染予防策加算	<p><b>【要望】</b> 乳幼児感染予防策加算について、在宅患者訪問診療料とともに算定できるようにしていただきたい。</p> <p><b>【背景】</b> 乳幼児感染予防策加算が算定できるのは、初診料、再診料、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料に限定されている。 医療的ケア児は、新型コロナウイルス感染症に罹患すると重症化する恐れがあり、在宅医療機関では、徹底した感染予防策を講じて訪問診療・往診を行っている。往診の場合は初・再診料とともに乳幼児感染予防策加算を算定できるが、訪問診療についても当該加算の算定ができるようにしていただきたい。</p>	<p><b>【要望】</b> 要件の変更 (点数の変更なし)</p> <p>(現行) 医科 100 点</p>
6	B007 退院前訪問指導料	<p><b>【要望】</b> 「医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。」となっているが、これに臨床工学技士が訪問し、指導を行った場合にも算定を認めていただきたい。</p> <p><b>【背景】</b> 在宅医療において使用される医療機器には使用電力が高い機器が多い。<u>臨床工学技士が在宅で使用する医療機器の説明指導の他に、機器を使用するにあたり患家の電力状況を確認する必要がある。</u>通知(1)にも「患家の家屋構造を考慮しながら」とあり、在宅医療においては臨床工学技士の指導は必須と考える。</p>	<p><b>【要望】</b> 要件の変更 (点数の変更なし)</p> <p>(現行) 580 点</p>
7	B006-1 てんかん指導料	<p><b>【要望】</b> 在宅医が在宅療養に関する指導料を算定しても、てんかん治療を行う別の医療機関がてんかん指導料を算定できるようにしていただきたい。</p> <p><b>【背景】</b></p>	<p><b>【要望】</b> 要件の変更 (点数の変更なし)</p> <p>(現行) 250 点</p>

No.	関係項目	要望の内容及び背景	要望点数
		在宅医療を受けている子どもはてんかんを合併することが多い。在宅医療の発展で、日常の医療的ケアについては在宅医が管理することが多くなってきたが、てんかんは難治であることが多く、専門医療機関の小児神経科医等が引き続き治療することが一般的である。在宅医が在宅療養に関する指導料を算定しても、てんかんの治療を行う別の医療機関がてんかん指導料を算定できるように認めて頂きたい。	
8	B005 退院時共同指導料2 多機関共同指導加算	<p><b>【要望】</b> オンラインで会議を開いた場合にも、退院時共同指導料2の多機関共同指導加算を算定できるようにしていただきたい。</p> <p><b>【背景】</b> 多機関から来る多人数が一堂に会する会議を開くことは、新型コロナウイルス感染症を予防すべき観点から不適切な行動とされるため、対面での退院時共同指導が困難となっている。</p>	<p><b>【要望】</b> 要件の変更 (点数の変更なし)</p> <p>(現行) 2000 点</p>
<b>経管栄養関連</b>			
9 優先	C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料	<p><b>【要望】</b> 「体重が 20 キログラム未満である場合に限る」とする要件を撤廃し、15 歳未満から経管栄養を継続していれば、全例の算定を認めていただきたい。</p> <p><b>【背景】</b> 現行では患者の体重を 20 kg 未満に制限するインセンティブが働き、患者の栄養状態を著しく損なう危険がある。また、ED チューブなどで注入ポンプを必要としている患者で当該報酬を算定できなくなると、注入ポンプ加算を算定できず、注入ポンプを使用できなくなる。</p>	<p><b>【要望】</b> 要件の変更 (点数の変更なし)</p> <p>(現行) 1050 点</p>
10 優先	C161 注入ポンプ加算  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">新設</span>	<p><b>【要望】</b> 複数の注入ポンプを使用する場合には、ポンプの台数に見合った加算が取れるようにしていただきたい。 また、カセットの使用に関する加算を新設していただきたい。</p> <p><b>【背景】</b> 悪性腫瘍や肺高血圧の治療、脂肪剤の投与など、注入ポンプを2台以上使用し複雑な管理が必要となる場合があるが、現行では2台目以降のポンプ使用に関する報酬がない。また、カセットの使用に関する報酬もなく、<u>重い患者を診るほど医療機関の持ち出しが多くなり、在宅医療が困難になるおそれがあり、自宅での生活が実現しない。</u></p>	<p><b>【要望】</b> ●注入ポンプ2台目以降は1台につき 1000 点 ●カセット加算(新設) 800 点</p> <p>(現行) 1250 点</p>
11	J043-4 経管栄養・薬剤投与用カテ	<p><b>【要望】</b> 「在宅簡易式経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法」を新設し、在宅で胃瘻交換した場合の確認方法(色素法やガイドワイヤ</p>	<p><b>【要望】</b> ●在宅簡易式経管栄養・薬剤投与用</p>

No.	関係項目	要望の内容及び背景	要望点数
	一テル交換法 <b>新設</b>	一挿入法等)に対する報酬を新設していただきたい。  【背景】 通知に「胃瘻カテーテル又は経皮経食道胃管カテーテルについて、十分に安全管理に留意し、経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行った場合に限り算定する。」とあるが、在宅医療においては画像診断や内視鏡を用いた確認方法が困難であるため(小児は内視鏡が通らない)、色素法やガイドワイヤー挿入法など簡便な方法で胃瘻装着を確認しており、臨床上問題になることはない。しかし、現行ではこの処置の報酬を算定することができない。	カテーテル交換法 (新設) 100点  (参考) 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法 200点
12	C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法 指導管理料	【要望】 算定要件の「1年を限度」の制限を、延長もしくは毎年審査で延長可としていただきたい。  【背景】 半固形栄養剤の注入を必要とする患者の病態は1年以上続くことから、「1年」の期間制限を撤廃してほしい。	【要望】 要件の変更 (点数の変更なし)  (現行) 2500点
<b>呼吸管理関連</b>			
13 優先	C170 排痰補助装置 加算	【要望】 人工呼吸器児者に限らず、医師の判断により、排痰補助装置を使用する場合に、排痰補助装置加算の算定を認めていただきたい。  【背景】 告示の注に「人工呼吸を行っている患者に対して使用した場合に加算する」とあるが、排痰補助装置は、人工呼吸器を使用していない神経筋疾患等の患者に対しても非常に効果が高い。これを認めて頂ければ、人工呼吸管理を回避する効果もある。本加算を算定するための不要な人工呼吸器の導入や入院回数の減少にもつながり、医療費の適正化の面でも有効である。	【要望】 要件の変更 (点数の変更なし)  (現行) 1800点
14 優先	M200 特定保険医療 材料  003 在宅寝た きり患者処置 用気管切開後 チューブ  <b>新設</b>	【要望】 特定保険医療材料の気管切開後留置用チューブについて、①カフ付き気管切開チューブに「一重管(小児用)」を、②カフなし気管切開チューブに「小児用」を新設していただきたい。  【背景】 小児用の気管切開チューブは仕入れ価格が高額で、現在の金額設定では逆ザヤが生じている。医療機関の持ち出しが多くなると、地域移行が進まないため、改善が必要である。	【要望】 ●小児用気管切開 留置用チューブ(新 設) 6030円  (現行) ①カフ付き気管切 開チューブ i カフ上部吸引機 能なし i 一重管 3,800 円

No.	関係項目	要望の内容及び背景	要望点数
			②カフなし気管切開チューブ 4,080円
15	C107 在宅人工呼吸指導管理料  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">新設</span>	<p><b>【要望】</b> 在宅人工呼吸指導管理料の中に、人工呼吸器加算の他に「加温加湿器加算」を新設していただきたい。</p> <p><b>【背景】</b> 小児の在宅人工呼吸管理においては、吸気を加湿するために加温加湿器を併用し、蒸留水の定期的な補充が必要になる。しかし、人工呼吸器加算には加温加湿器と蒸留水にかかる費用が計上されておらず、現行では医療機関の持ち出しとなっている。<u>地域移行を進めるためには改善が必要である。</u></p>	<p><b>【要望】</b> ●加温加湿器加算（新設） 720点</p> <p>—</p>
16	C 在宅医療  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">新設</span>	<p><b>【要望】</b> 「在宅経鼻人工気道指導管理料」を新設していただきたい。 「経鼻人工気道加算」を新設していただきたい。</p> <p><b>【背景】</b> 寝たきり患者など気道の確保を要する患者に対しての指導管理に対する報酬がない。また経鼻エアウェイなどの物品提供に対する加算もない。医学的に経鼻エアウェイを必要とする患者には2本1組5,000円のもの1～2本提供している。<u>高価な物品が病院の持ち出しとなっていることから、改善が必要である。</u></p>	<p><b>【要望】</b> ●在宅経鼻人工気道指導管理料（新設） 1,000点 ●経鼻人工気道加算（新設） 500点</p> <p>—</p>
17	C 在宅療養指導管理料  C107 在宅人工呼吸指導管理料	<p><b>【要望】</b> 在宅人工呼吸指導管理とそれ以外の在宅療養指導管理料を2か所の医療機関がそれぞれ算定する場合、年齢と体重の制限を撤廃していただきたい。</p> <p><b>【背景】</b> 重症心身障害児の予後改善とともに、年長になってから人工呼吸器を装着するケースが増加している。現在、15歳未満の児もしくは15歳未満から引き続き人工呼吸器を装着している体重20kg未満の児のみ、異なる在宅療養指導管理料を2カ所に分けて算定可能となっている。 15歳以上もしくは体重20kgを超えてから人工呼吸器が導入されるケースでは、もともと在宅医で経管栄養などの管理を行っていたにもかかわらず、人工呼吸器導入後に病院が人工呼吸器と経管栄養の管理を併せて一元的に管理せざるを得なくなっている。</p>	<p><b>【要望】</b> 要件の変更（点数の変更なし）</p> <p>（現行） 2206～4750点</p>
18	C 在宅医療  乳幼児呼吸管	<p><b>【要望】</b> 「乳幼児呼吸管理材料加算」の適応年齢を、「6歳未満」から「15歳未満」に引き上げていただきたい。</p>	<p><b>【要望】</b> 要件の変更（点数の変更なし）</p>

No.	関係項目	要望の内容及び背景	要望点数
	理材料加算	<p>【背景】 6歳になってから人工呼吸器を装着するケースが増加していること、また呼吸管理には成長とともに条件などを変える必要があることから、「6歳未満」ではなく「15歳未満」までに引き上げていただきたい。</p>	(現行) 1500点
情報提供関連			
19 優先	C7007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料	<p>【要望】 児童発達支援などの障害児通所支援事業所に対して喀痰吸引等の指示書を交付した場合に算定できるよう要望する。</p> <hr/> <p>【背景】 介護保険施設等に対しては指示料を算定できる。令和3年度から医療的ケア児が通所支援施設へ通える仕組みが整ったため、指示料の対象を広げていただきたい。</p>	<p>【要望】 要件の変更 (点数の変更なし)</p> <hr/> <p>(現行) 240点</p>
20 優先	B009 診療情報提供料 I	<p>【要望】 学校医等に対する医療的ケアのための診療情報提供料について、高等学校や特別支援学校高等部まで拡大していただきたい。</p> <p>また、主治医と学校医等が同一の場合算定できない点(通知(18)参照)について、宛先の学校医等の医師名が、主治医と同一でなければ算定できることを明確にしていきたい。</p> <hr/> <p>【背景】 現行では、義務教育諸学校までしか認められていない。<u>継続して情報提供できるようにすべきである。</u></p> <p>地方では、主治医が学校で医療的ケアの助言をする医師を兼ねる例が多い。主治医が学校で助言する医師を兼ねることを妨げないでいただきたい。学校におけるケアの指導と在宅でのケアの指導とは異なることがあり、主治医はそのことも勘案して診療情報提供書を作成している。</p>	<p>【要望】 要件の変更 (点数の変更なし)</p> <hr/> <p>(現行) 250点</p>
21	B009 診療情報提供料	<p>【要望】 紙媒体によらないオンラインでの診療情報提供料の算定を要望する。</p> <hr/> <p>【背景】 在宅医療の現場においては、メールや医療用のセキュリティのかかった SNS での情報共有が日常的になっている。小児の場合は、病院と在宅医療機関との診療情報提供が頻回で、書類の量も多いことから、書類作成が非常に負担となっている。また、コロナ禍の中では、オンラインを活用した迅速で効率的な診療情報のやり取りが求められている。</p>	<p>【要望】 要件の変更 (点数の変更なし)</p> <hr/> <p>(現行) 250点</p>
22	B 情報提供	<p>【要望】</p>	<p>【要望】</p>

No.	関係項目	要望の内容及び背景	要望点数
	新設	<p>「退院時看護情報提供料」の新設を要望する。</p> <p>患者の退院時に、退院後の診療を行う別の保険医療機関や訪問看護ステーション等、看護情報が必要な小児が通う学校、保育所、幼稚園、通所施設、相談支援事業所などに対し、当該医療機関が入院中の看護要約を示す文書を提供した場合に、提供先ごとに退院時に算定できるようにしていただきたい。</p> <p>-----</p> <p>【背景】</p> <p>患者の退院時や、転院時には、看護サマリーの提供は、診療情報提供書と共に必須になっているが、働き方改革が叫ばれる中、看護師は業務の中で多くの書類作成に追われている。訪問看護療養費の中では、既に訪問看護情報提供療養費として、訪問看護ステーションから関係機関への文書の情報提供は1500円の報酬が認められている。</p>	<p>●退院時看護情報提供料(新設) 150点</p> <p>-----</p> <p>—</p>
入院関連			
23	C012 在宅患者共同指導料	<p>【要望】</p> <p>在宅療養後方支援病院が在宅患者共同指導料を算定できる患者像と、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像とを、整合させていただきたい。</p> <p>-----</p> <p>【背景】</p> <p>在宅患者共同指導料を算定できる患者像は「別表13 在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等」の中で特殊な神経難病しか挙げられていないが、そこに「別表8の2 在宅時医学総合管理料及び施設入居時医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者」の「2次に定める状態の患者」*を加えていただきたい。 ※在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態等</p>	<p>【要望】</p> <p>要件の変更 (点数の変更なし)</p> <p>-----</p> <p>—</p>
24	A 入院基本料等加算、特定入院料 新設	<p>【要望】</p> <p>高度急性期医療を受けて重篤な後遺症を負った小児患者を、急性期病床から回復期・慢性期病床(医療型障害児入所施設を含む)へ転院させて長期間のリハビリや退院調整を担う取り組みとして、「小児後遺症患者回復期受入加算」を新設し、小児入院医療管理料とは別枠で評価していただきたい。</p> <p>-----</p> <p>【背景】</p> <p>高度急性期医療を受けた小児患者が重篤な後遺症を負った場合、リハビリのために長期入院のために急性期病床を占拠しがちであり、さらに住所地から遠いために退院調整がままならないことがある。病床機能の分化・連携という地域医療構想の考え方を小児領域でも進めていくべきと考える。</p>	<p>【要望】</p> <p>●小児後遺症患者回復期受入加算(新設) 5000点</p> <p>-----</p> <p>—</p>
成人期移行関連			
25	小児入院医療	【要望】	【要望】

No.	関係項目	要望の内容及び背景	要望点数
優先	管理料	成人期に達したが、成人科への移行が困難な例に対して、小児科病棟に入院せざるを得ない場合に、小児科病棟で小児入院医療管理料を算定できるようにしていただきたい。	要件の変更 (点数の変更なし)
		<p>【背景】</p> <p>小児入院医療管理料は、入院中の15歳未満又は小児慢性特定疾病医療費支援を受けている20歳未満は算定可能である。しかし、知的障害を有するてんかん例等は成人科への移行が困難で、小児科単独で継続診療をしている例が多い。成人の移行困難例が小児病棟に入院した場合にも、小児入院医療管理料を算定できるようにしていただきたい。</p>	(現行) 2206～4750点
終末期関連			
26	C011 在宅患者緊急時カンファレンス料  新設	<p>【要望】</p> <p>緊急時カンファレンスに、「ACP加算」の新設と回数の撤廃を要望する。</p> <p>【背景】</p> <p>小児の終末期においては、ACPを繰り返し行う場合が多く、非常に時間をかける必要があるため、ACP加算の新設と回数の撤廃を要望する。</p>	<p>【要望】</p> <p>●ACP加算(新設) 200点</p> <p>— (参考) 在宅患者緊急時カンファレンス料 200点</p>

## 小児在宅ケア検討委員会委員

- 委員長 田村 正徳 (埼玉医科大学総合医療センター名誉教授、小児科客員教授)
- 副委員長 中尾 正俊 (大阪府医師会副会長)
- 委員 内田耕三郎 (岡山県医師会常任理事)
- 菊本 圭一 (日本相談支援専門員協会代表理事)
- 久保田 毅 (神奈川県医師会理事)
- 小泉ひろみ (秋田県医師会副会長)
- 中村 知夫 (国立成育医療研究センター総合診療部在宅診療科部長)
- 野田 正治 (愛知県医師会副会長)
- 前田 浩利 (医療法人財団はるたか会理事長)
- 峯 真人 (日本小児科医会理事)
- 宮田 章子 (東京都医師会乳幼児保健委員会委員)