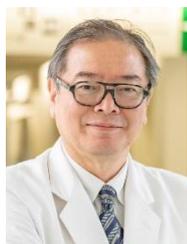


外保連ニュース 第43号 2025年2月

発行：一般社団法人 外科系学会社会保険委員会連合（外保連） 発行者：河野 匡 編集：外保連広報委員会
URL: <https://www.gaihoren.jp> E-mail: office@gaihoren.jp 年2回発行

新年を迎えて

会長 瀬戸 泰之



新年明けましておめでとうございます。

令和6年度改定は、診療報酬+0.88%のアップとなりました（医科本体は+0.52%）。前回は+0.43%（前々回が+0.55%）でしたので、アップ率は上がったこととなります。ただ、その

うち、+0.61%はコメディカル処遇改善分となっており、その原資となるのが入院ベースアップ評価料（1～165点）や外来ベースアップ評価料（初診6点、再診2点）となります。入院ベースアップ評価料加算のためには、各医療機関からの申請が必要で、令和6年度2.5%、令和7年度2%のベースアップも行うことになっています。その対象には、医師や事務職員は入っておりませんし、評価料のみで原資として不足しないのか、あるいは医療機関の負担増になってしまうのではないかなどの懸念がありました。実際、諸物価高騰、働き方改革に伴う更なる人件費アップなどもあり、昨年は病院経営が危機的状況に陥ってしまっていると、様々な医療系団体から発信されています。確かに増収減益であり、国立、公立、民間問わず、多くの医療機関が赤字経営になっていると報道もされています。外保連としても、このような状況を極めて重大なことと受け止め、本年の活動（令和8年改定に向けて）に反映していかなければならないと考えています。また、医療人材及び医療資源の偏在への対応も重点課題となっており、今後の外科系診療の在り方を検討していく過程で、外保連としてもしかるべき役割を担う必要があるとも考えております。

令和6年度改定では、整形外科領域においてSTEM7を活用したKコード新分類を提案しました。残念ながら諸々事情により採用は見送られましたが、次回改定では採用していただく予定となっており、その実務作業も始まります。Kコードをさらに精緻化するためには重要なことと考えております。整形外科領域の先生方には、

目次

- ◆令和6年度の総括及び令和7年度の活動について
会長 瀬戸 泰之
- ◆各委員会からの報告
「令和6年度の総括及び令和7年度の活動について」
 - * 手術委員会
 - * 処置委員会
 - * 検査委員会
 - * 麻酔委員会
 - * 内視鏡委員会
 - * 実務委員会
 - * 総務委員会
- ◆特集
「令和6年度診療報酬改定の検証」
 - * 鈴木 孝明先生、松宮 護郎先生、小野 稔先生
「A200-2急性期充実体制加算における心臓胸部大血管手術100例以上要件の検証」
 - * 大友 康裕先生、黒田 泰弘先生
「特定集中治療室管理料・救命救急入院料の見直し：集中治療の医療提供からみた検証」
 - * 柿田 哲彦先生
「診療報酬改定で毎回減額される眼科のA400短期滞在手術等基本料の問題点」
- ◆編集後記 広報委員長 河野 匡
- ◆三保連ニュース
- ◆事務局からのお知らせ

これまでも大いに尽力していただきました。引き続き、よろしくお願い申し上げます。誌面を借りて、その貢献にあらためて感謝の意を表します。

令和8年度診療報酬改定に向けて、外保連各委員会の作業はすでに始まっています。また、医師の働き方改革など、我々を取り巻く環境も劇的に変化しています。そのような状況下であっても、わが国の医療を推進させるべく外保連は活動してまいり所存ですし、そのためにもメディア等にもさらに発信してまいります。外保連活動の科学性を一層高めるためにも、加盟学会間の横断的な議論や適切な連携は不可欠です。各試案の策定に携わるすべての加盟学会の委員におかれましては、引き続きのご支援・ご協力をお願いいたします。

◆各委員会からの報告

令和6年度の総括及び令和7年度の活動について

○手術委員会 委員長 川瀬 弘一



新年あけましておめでとうございます。令和6年度診療報酬改定ではベースアップ評価料など人件費高騰を充当する病院職員や若手医師の処遇改善施策や1食当たり30円の入院時食事療養費引き上げなどが増点の大部分でしたが、保険医療機関でない企業の人件費は更に増加しており、また食料費等も異常な勢いで高騰が続いています。

医療材料のなかで、保険算定できる特定保険医療材料においては販売価格が保険償還価格よりも高い「逆ザヤ」といわれる状態がこの数年増加しております。また特定保険医療材料は制限なく保険算定できるわけではなく、外保連手術試案にはすべての術式に用いる材料費の実態調査結果を掲載しておりますが、特定保険医療材料を②保険で認められている特定保険医療材料価格と③一部償還できる特定保険医療材料価格(手術料に含まれて保険算定できない特定保険医療材料)に区別して掲載しています。この③の保険算定できない特定保険医療材料は重篤な症例を取り扱う病院ほど増える傾向にあり、その購入費用は病院持ちとなってしまいます。

一方で、全体の医療材料費の半分を占めると言われる特定保険医療材料以外の材料費(手術試案では④償還できない材料価格)も、この物価高で購入価が上昇しており、今回の診療報酬改定においては全く考慮されておられません。外保連からも厚生労働省に要望していきたいと考えております。

2023年12月に発刊された「外保連試案2024」の手術試案第9.4版には3,993件の手術が掲載されています。外科技術や手術機器の進歩は目覚ましく、次から次へと新しい術式が考案されています。今年度はこれまでに4回の手術委員会を開催、新たに新規術式として58件が承認され、この秋発刊予定の「外保連試案2026」の手術試案第9.5版に掲載予定です。新しい術式は手術の安全性も十分考慮し、手術に要する時間、手術に係る医師数・看護師数・技師数、手術に必要な医療材料の実態調査を行った術式が議論の俎上に載り、外保連に加盟している119の外科系学会の手術委員によって議論され、保険収載に値すると判断されたものが承認されます。近年、外保連試案は診療報酬改定における医療技術評価の基礎的データとして取り扱われるようになってきており、今後も評価を継続していただけるよう努めてまいります。

2024年秋に日本外科学会指定・関連施設と加盟学会専門施設等の協力の下、診療報酬表に収載されているすべての手術コード(Kコード)に対して、手術時間などの実態調査を行いました。4年ぶりの調査です。

今回、2,305施設にアンケートをお願いし、719施設と非常に多くの施設から回答をいただくことができました(回答率31.2%)。前回調査と同じ回答率で、手術試案の精緻化を行うのに十分な361,135症例の大変貴重な我が国の手術データをいただくことが出来ました。ご協力に心からお礼を申し上げます。今回から学会独自調査としてNational Clinical Database(NCD)の手術時間データ使用の了解を得ており、これらのデータを含めて、手術委員会ですっきりと検討させていただき、この秋に発刊予定の外保連試案2026(手術試案第9.5版)に反映させていただきます。

また最新の医療材料調査を各学会にお願いしております。

2011年12月に発刊された手術試案第8版において、医療材料のルールを作成し、各学会で50例の実態調査を行っていただいた結果を掲載しました。その結果も含めて、外保連試案は医師の技術料を検討する唯一の実態調査にもとづいた科学的根拠として、中央社会保険医療協議会(中医協)や関係する多くの行政関係者からも高く評価されるようになりました。それゆえ、昨今の診療報酬のあり方の議論のなかで、外保連手術試案の存在は、各方面に様々な影響を与えつつあります。しかしながらその当時の医療材料調査結果を更新していない術式もまだ存在しています。手術にかかる費用は、技術や医療材料の進歩で変動しています。各学会から新たに50例の医療材料調査を行っていただき、その結果を修正していただいておりますが、すべての術式で修正されてはいません。今回はこれまでのデータをそのまま残している場合には、調査日は「2019年以前」とすることで、最新の調査結果と区別がつくようにする予定です。

令和5年6月よりコーディングワーキンググループ内に「Kコード精緻化・合理化プロジェクトチーム」を設置し、平泉裕先生をチームリーダーに日本整形外科学会、日本手外科学会、日本脊椎脊髄病学会、日本整形外傷学会(旧日本骨折治療学会)、日本足の外科学会、日本人工関節学会、日本脊髄外科学会のメンバーを中心に整形領域のKコード見直しについて精力的に検討してきました。この結果、同じKコードで部位が異なる等で明らかに診療報酬点数に差がある術式を抽出し、これを参考にKコードの再編案を令和6年1月に厚生労働省保険局医療課に提案しました。しかし令和6年度診療報酬改定には間に合わないとのことで、令和8年度以降の改定に向けて検討できるよう提案を早くおこなうことを確認、令和6年2月よりプロジェクトチームで詳細に再検討を加え、最終案を7月1日に厚生労働省に提案書を提出しました。令和7年2月開催の医療技術評価分科会において「医療技術の体系的な分類について

は、手術を含めた医療行為分類の国際的標準化に向け、WHOにおいて検討が進められている医療行為の国際分類（International Classification of Health Interventions (ICHI)）の状況も踏まえ、整形外科領域についてKコードの再編に係る案が示されたところであり、令和6年度診療報酬改定の次の改定での対応に向けて、必要な検討等を行っていくこととする。」と明記されて

います。令和8年度診療報酬改定に向けて、Kコード見直し案の具体的な検討を継続していく予定です。

各学会の手術委員の先生方におかれましては、これまで以上に作業量が増加してきそうです。大変ですが、どうぞよろしくお願いいたします。

〇処置委員会 委員長 平泉 裕



新年あけましておめでとうございます。

新年早々なので明るい話題と考えたのですが、なかなか見つけるのが困難なジレンマに陥っております。令和6年度の診療報酬改定では医療、介護、障害福祉サービス報酬のトリプル改定となり、多方面にわたって非常に多くの内容が新設または改定となったことを御存知かと思えます。医療に限定しますと本体改定率は+0.88%で前回改定の+0.43%を上回っていますが、そのうち医療関係職種の処遇改善のために+0.61%（これとは別に40歳未満の勤務医師等の賃上げに+0.26%）、入院時の食費基準額の引き上げに+0.06%が使われることになり、実質的にはマイナス改定と言われております。これと同時に医師の働き方改革が施行開始となり、各病院の管理・運営においては煩雑な対応を迫られることとなりました。これに加えて新型コロナウイルス禍の影響が続いて病床稼働率が低下したままであり、病院の経常収支悪化が改善される見込みのないまま医療現場は危機的状況といえます。

更に追い打ちをかけるように外科医（特に消化器外科医）の減少が際立っており、低賃金・重労働といわれる外科医の処遇改善を身体的、経済的な面から改善させる政策が喫緊の課題となっている中で、私たち外保連が一致団結して国と国民に対して発信していく責務を感じております。

本題の処置委員会活動に関しましては、10月16日に第1回処置委員会をウェブ方式で開催しました。新規・改正の処置試案申請が審議されまして、新規申請の「上腕静脈注射用カテーテル（ミッドラインカテーテル）挿入術」「椎間関節注射」関連2件、「エコーガイド下股関

節注射」、「熱中症積極的冷却療法」関連2件、「低体温積極的加温療法」関連2件、「人工呼吸（電気インピーダンス・トモグラフィを用いた設定の最適化）」、「死体移植肝恒温機械灌流保存技術」については、修正指示された申請書もありましたが最終的に採用となりました。改正申請の「尿路ストーマカテーテル交換法」関連4件、「腎嚢胞穿刺」、「水腎症穿刺」はいずれも採用されました。

次に、処置試案に記載されている医療材料、特殊機器の価格が、ここ数年の著しい物価上昇の影響で価格乖離した物品が多く存在します。各学会処置委員に対して実態に合わせた価格見直し作業を依頼しました。特に顕著なのが超音波エコー装置であるとの指摘に伴い、各学会の処置委員に対して「処置用超音波診断装置（400万円→1,000万円）の価格変更」についてアンケート調査を実施しました（参考：外保連試案2024：P286 図表8 特殊機器及びその試算価格）。その結果採用が決まりましたので、令和8年診療報酬改定のための提案書作成時には本価格にて記載をお願いいたします。

令和7年度の事業計画としては、令和8年度診療報酬改定の前年となるため多くの作業は予定されていません。従来より医療技術評価提案書（要望書）の提出期限が早まっていることから早目の作成準備が必要です。特に処置項目においては、医療材料・医療機器の内容が保険点数に大きく反映されます。提案書に記載すべき医療材料・医療機器について、記載漏れの無いように、そして最新価格で記載していただきたいと考えます。

処置委員の皆様には、新年度においてもぜひとも積極的な御協力をいただきたく御願ひ申し上げます。

〇検査委員会 委員長 土田 敬明



令和6年度の検査委員会では、一般生体検査試案および放射線画像検査試案の改訂作業を行うとともに、廃版になったりバージョンアップしたりした医療材料について担当学会に見直しを依頼しました。特に医療材料については、担当学会に再調査を依頼しました。また、放射線画像検査試案では、新たな機器に

対応するために、機器の区分を改訂しました。新型コロナウイルス感染の影響はなくなりましたが各委員の利便性を考え、昨年度に引き続き委員会をリモート及びメール開催にて行いました。

昨年度から引き続き技術度は低いのが有効である技術の評価について検討を行いましたが、該当技術の申告はありませんでした。

生体検査コーディングに関しては、国際標準になると思われるWHO国際標準（ICHI STEM Code）および

STEM7 との整合性を見据えたコーディングをコーディング WG で検討いたしました。このコーディングでは、STEM7 に準拠した 7 桁のコードに現在使用している JLAC10 コードを付加することとなりました。7 桁コードについては、生体検査に使用するためのコードを STEM7 のコードに追加する案を作成しました。この 7 桁コードは、手術試案の STEM7 と区別するために、「STEM7X (エグザミネーション)」とすることとなりました。令和 7 年度には、各技術に 7 桁コードを割り当てる作業を開始し、STEM7X の整合性を確認する予定です。

令和 6 年度には生体検査試案への新規技術の収載や既収載技術の改定・削除に関する検討もなされましたが、引き続き令和 7 年度にも新規技術の収載や既収載技術

の改定・削除の希望がございましたら検討していく予定です。

外保連試案での AI の技術評価については、内保連外保連合同 AI 診療検討委員会で作成した AI に対する評価のたたき台を基に、令和 7 年度には AI 技術評価の外保連方式による算定案を作成する予定です。

生体検査試案につきましては今後も精緻化に勤める所存ですので、各委員の皆様には今後ともご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

各委員の先生には、ご負担をおかけすることになるとは思いますが、令和 7 年度も外保連の活動へのご協力をよろしくお願いいたします。

○麻酔委員会 委員長 森崎 浩



皆様、新年明けましておめでとうございます。巳年は、古より「力を蓄えていたものが芽を出す起点の年」とも言われており、国民の健康を支えてきた医療界がまた新たな芽を出し、様々な面でより一層成長する年となるよう祈念しているところです。

人との接し方を大きく変容させたコロナ禍も一定の落ち着きをみましたが、同時進行で進められた「医師働き方改革」「新興感染症に備えたハード・ソフト両面の対策」に加え、「光熱費や人件費を含む物価上昇」等の影響により、全国の医療機関におかれては日々ご苦勞の連続と拝察いたします。令和 6 年度診療報酬改定において麻酔委員会関連の要望項目「術中筋弛緩モニタリング加算」「術中脳波麻酔モニタリング加算」「麻酔が困難な患者への先天性心疾患適応例追加」「下肢神経ブロックの局所麻酔薬使用時・パルス高周波療法の適応」「トリガーポイントと神経ブロックの併算定」「L101 にない神経ブロックのパルス高周波法の適応」はいずれも承認には至らず、極めて残念な結果となりました。麻酔委員会では新任・再任を含む「全身麻酔」「区域麻酔」「深鎮静」「神経ブロック」からなる 4 つの作業部会長と委員長・副委員長間での意見交換会を開催したうえで、要望項目が採択されなかった要因を検証し今後の方向性を探るとともに、昨年は 7 月、9 月ならびに 12 月に麻酔委員会を開催、次回の診療報酬改定に向けた活動を精力的に進めてまいりました。

現在、麻酔委員会では版番号を改めた「麻酔試案 3.1 版」の発行に向けた取りまとめを行っています。これまでの幾重の試案改訂により一部で重複する構文や麻酔委員会が包含する「全身麻酔」「区域麻酔」「伝達麻酔」「深鎮静」あるいは「神経ブロック」の各セクションで統一感に欠ける用語や表現を改めるとともに、専門医等に関する旧情報を更新する方向で作業を開始しています。最新の実態を反映するため、麻酔関連資材や医療機器コストに関する調査を関連学会主導で実施したうえで図表改訂すると共に、外保連手術委員会主導で 4 年毎に実施されている調査結果を基に、麻酔管理料 I にある長時間麻酔管理加算の区分番号 K コードの更新を図ります。新規追加項目として、日本眼科学会より申請された伝達麻酔の一つ「テノン嚢下麻酔」を従来の球後麻酔と同じ実施時間、技術度で収載する予定です。加えて、昨年末に日本ペインクリニック学会ならびに日本臨床整形外科学会専門医の皆様のご協力を得て、麻酔委員会主導で神経ブロック実態調査をいたしました。極めて多岐に及ぶ神経ブロックを掲載している現在の試案に今回の実態調査結果を有効かつ的確に反映し、より適切な診療報酬改定を目指して同作業部会を中心に詳細な検討を進めています。

令和 8 年度診療報酬改定において加盟関連学会が準備を重ねてこられた要望項目が一つでも多く承認されるよう、様々な形で活動して参ります。本年も外保連の皆様のご支援とご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

○内視鏡委員会 委員長 清水 伸幸



令和 6 年度は 2 回の委員会 (2024/07/05, 10/18) を開催いたしました。令和 5 年度に承認された消化器軟性内視鏡安全管理料の掲載に関連した総論の見直しを含めた内視鏡試案の改訂作業 (外保連試案 2026 掲載 ve

r1.6) と令和 6 年度診療報酬改定の検証が主たる検討内容でした。

内視鏡試案の改訂作業では、通常の新規・改正技術の検討に加えて、消化器軟性内視鏡安全管理料に関連して洗浄消毒に 5 つのカテゴリーを設け、技術ごとの実態に即した診療報酬点数を要望できるよう総論部分の改訂

作業を進めました。

令和6年度診療報酬改定の検証に関しては、外保連経由で提出した新規技術5項目は考慮されず、改正技術7項目中、POEM(12,470点→22,100点、要望通りの増点)、胃静脈瘤組織接着剤注入(特定保険材料算定)、内視鏡的食道拡張術(回数制限1回→2回)、内視鏡的小腸ポリープ切除(算定要件緩和)の4項目が考慮されました。内保連経由申請の新規・改正技術は考慮されませんでした。要望項目以外にK6534内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 早期悪性腫瘍ポリープ切除術が増点され(6,230点→7,160点)、内視鏡試案の点数が考慮されたものと感じております。

特筆すべきは、『K721内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術<注>3病変検出支援プログラムを用いて実施した場合は、病変検出支援プログラム加算として、60点を所定点数に加算する。』と人工知能に関する項目が初めて保険収載されたことです。『<通知>(8)「注3」に規定する病変検出支援プログラム加算については、(中略)本加算は、内視鏡検査に関する専門の知識及び5年以上の経験を有する医師により実施された場合に算定することとし、本加算の算定に当たっては、手術の概要を診療録に記載し、大腸内視鏡動画から大腸ポリープの持つ特徴を解析し検出支援を行うプログラム医療機器』

を使用している画面の写しを診療録に添付すること。』とありますので、人工知能の利用には慎重を期すことが求められていることが明らかです。今回の結果を踏まえて、手術委員会・処置委員会・検査委員会、内保連外保連合同AI診療検討委員会とも連携を取り、今後の人工知能関連項目の合理的な保険収載への戦略を練りたいと考えております。

令和7年度は外保連試案2026に向けての試案改訂作業の最終調整と令和8年度診療報酬改定への対応を行います。発展する内視鏡関連手技の実態に見合った試案として、今後も新規技術の登録とともに、マスタの改訂や項目の精緻化を進め、実態に即した診療報酬改定に対して影響力のある試案であり続けるよう努めてまいります。

最後になりましたが、各加盟学会から参集いただきありがとうございます内視鏡委員会委員の先生方、外保連・内保連の関係各位、始終綿密にサポートしていただいている外保連事務局をはじめとするスタッフの皆様には深く御礼を申し上げますとともに、引き続きの試案精緻化・活用にご理解とご支援を賜りたくお願い申し上げます。

○実務委員会 委員長 渡邊 雅之



令和6年度診療報酬改定率は、全体では+0.88%(前回、令和4年度+0.43%)と前回から若干の上昇となりましたが、このうち+0.61%はコメディカル処遇改善分、いわゆるベースアップ評価料に充てられており、実質的には+0.27%に留まる厳しい改定となっています。今回、医療技術の評価(外保連の要望)において、技術新設の要望139項目中考慮されたのは38項目(採用率27.3%、前回37.8%)、技術改正の要望182項目中考慮されたのは41項目(採用率22.5%、前回25.0%)と大変厳しい結果でした。外保連では、改定のたびに、手術試案と実際の診療報酬点数の乖離が大きい手術の適切な評価を求めてきていますが、今回の改定では試案人件費/診療報酬の比率が100%以上となる手術が2,940件、90.4%(前回91%)、償還不可診療材料費/診療報酬の比率が100%を超える手術が439件、13.5%(前回13.4%)であり、残念ながら状況は変わっていません。引き続き、重要な課題として働きかけを継続して参ります。

今回、勤務医の働き方改革の取り組みの推進を目指して、処置及び手術の休日加算1等の要件の見直しが行われました。これまでの算定要件は、(1)交代勤務制、(2)チーム制、(3)休日又は深夜の手術等を行った場合の医師への手当の支給、のいずれかを実施していることとなっていました。今回の改定において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していることに算定要件が見直されました。医師への手当の支給が必須となること

で、外科医の待遇改善が期待されるところです。

今回、ロボット支援下内視鏡手術では、心臓血管領域の2術式(弁置換術(1弁、2弁))、婦人科領域の1術式(膣断端挙上術)、整形外科領域の1術式(人工関節置換術・股関節)が新たに追加されました。また、胃悪性腫瘍手術、膀胱悪性腫瘍手術などのロボット支援下手術の施設基準が緩和されましたが、ロボット支援下内視鏡手術の増点要望は1件も認められませんでした。ロボット支援下内視鏡手術においては手術鉗子などの償還されない消耗品は内視鏡手術より高額であり、引き続き、増点にむけての要望を継続していきたいと考えています。

令和7年度の実務委員会の活動は、令和8年度改定に向けての要望書作成にあります。今回から、各学会からの要望項目のアンケート調査の締め切りをこれまでの11月から9月末に繰り上げ、現在事務局において要望項目の整理と主学会の調整の作業中です。今後、2月27日に実務委員会を開催し、要望項目とその記載学会を決定します。

物価上昇に伴う医療材料費や光熱費の上昇、ベースアップに伴う業務委託費の増加などの支出の伸びに対して、2年おきに改定される公定価格である診療報酬点数の伸びは全く追いついておらず、医療経営を取り巻く環境は急激に悪化しつつあります。世界に冠たるわが国の外科診療の継続のため、今回の診療報酬改定に向けてしっかりと取り組んでいきたいと考えております。外保連の活動に、引き続きご理解とご支援をお願い申し上げます。

○総務委員会 委員長 甲賀かをり



総務委員会では外保連試案の人件費の算出を行っており、現在、令和8年度診療報酬改定に反映される、外保連試案 2026 の人件費の算出を行っております。今回の算出は、令和6年8月8日に人事院から勧告された

「人事院勧告」に基づいて行います。この勧告では若年層に重点を置かれた引き上げが行われ、特に大卒の初任給はどの分野でも10%程度増額になっています。外保連試案の人件費の算出元となる、公務員医師の給与基準となる医療職俸給表(一)も引き上げられ、初任給(基本給部分、1級1号俸)が29万1,400円と、昨年度に比べ2万6,700円上がっています。一方、号俸の高い医

師の給与の引き上げはわずかで、結果として、技術度の高い(=経験年数が長い医師の行う)手術の時給単価が引き下げられてしまうという事態が生じています。もちろん外保連試案は試案点数の絶対評価ではなく、相対評価として用いられているため、個々の技術の時間や人数の変更がなければ、試案点数が減少しても診療報酬は減点にはなりません。しかし、あくまで試案上のこととはいえ、挑戦を続け、技術を磨いてきたベテラン外科医の評価が相対的に下がってしまうというのは、忸怩たる思いもあります。今後も外科医の「技術」という目に見えない価値を、正当に評価される仕組みを作るべく、様々な議論を重ねて行きたいと思っております。

「令和6年度診療報酬改定の検証」

A200-2急性期充実体制加算における心臓胸部大血管手術100例以上要件の検証

日本心臓血管外科学会 保険委員会
鈴木孝明 松宮護郎 小野 稔

心臓外科関連学会においては10年以上前より心臓外科手術実施施設の集約化が議論されてきた背景がある。日本心臓血管外科専門医認定機構は、2024年より専門医育成を担う修練施設の集約化を目指す事になった。このような施設集約化の流れの中で日本心臓血管外科学会では診療報酬面から施設集約化の道を探ることになった。

心臓外科医の「働き方」の実態

全国で600以上の施設で心臓外科手術が行われており、病院に従事する心臓血管外科医は3,106人(2020年12月31日現在 厚労省データ)である。修練中の専攻医を含めたとしても施設あたりの常勤心臓外科医の数は平均5名前後と推定される。心臓外科医が、手術・術後管理・外来の全てを担っている施設は依然として多く、特に集中治療医の不足から術後管理に労力が割かれている。心臓外科医に対するアンケート調査によると、1週間当たりの勤務時間が60時間以上の心臓外科医は全体の70%を超えており(「全国外科医・仕事と生活の質調査」2014年)、この厳しい環境を改善するために必要な事は施設の集約化であるとの回答が45%と半数近くを占め、タスクシフトが34%と続いている(「心臓血管外科医の働き方改革;処遇改善」に関するアンケート調査2018年)。このように心臓を専門とする外科医の勤務時間は外科医全体の中でも極めて長く、働き方改革の

観点からも集約化が望まれている。

手術件数と死亡率

心臓胸部大血管手術については手術件数が多い施設において死亡率が低いとの報告がある(1)。先天性心疾患手術についても同様で、観察された死亡数を期待値で除したO/E比は手術数が50例以下の施設では1.37と高値であり、150例を超えると0.78と低下する(2)。その一方で全国の心臓胸部大血管手術を実施する施設の3分の1程度は実施数が年間50件未満であり、2006年と2022年を比べてもその割合は大きく変わっていない(図1)。手術数の少ない施設では常勤心臓外科医の人数も少ないと考えられ、施設の集約化を進めることで良質な医療の提供と医師の働き方改革の両方が進むことが期待できる。

心臓胸部大血管手術の実施件数ごとの施設数

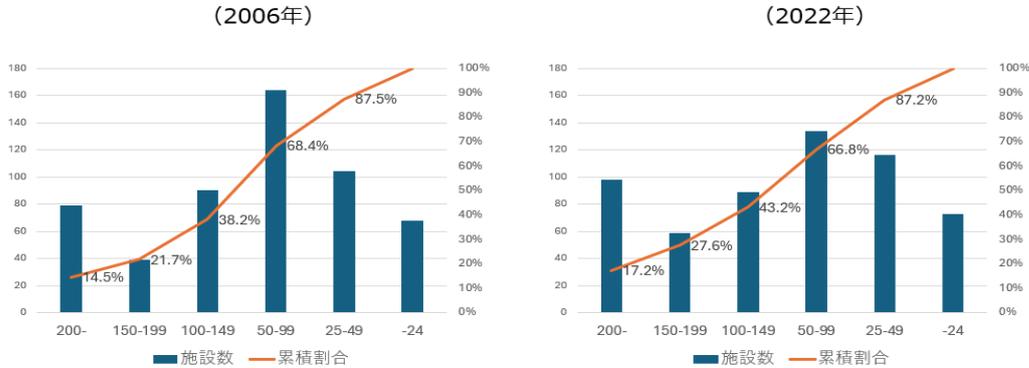


図 1

専門医育成を担う修練施設の集約化

心臓血管外科専門医の育成において中心的な役割を果たす修練基幹施設の数は年々増加しており、2023年には467施設が基幹施設となっている。国内の心臓外科手術実施施設が約600施設として約75%の施設が基幹施設として登録されている。良質な専攻医育成のために必要なのは、質の高い医療と教育の場を提供できる基幹施設である。基幹施設に十分な症例数を確保する必要があると判断し、日本心臓血管外科専門医認定機構は専門医育成を担う修練施設の集約化を目指す事になった。これまで心臓血管外科修練基幹施設に求められる要件は末梢血管を含む心臓血管外科手術100件かつ心臓胸部大血管手術40件/年以上であったが、2024年度より心臓胸部大血管手術100件/年以上に引き上げられる事となった。この施設要件の変更により修練施設を集約化することで「専攻医の再配置」を促すこととなった。

診療報酬の面からも施設の集約化

以上のように学会と専門医制度の両面から施設の集約化を進める事に加え、日本心臓血管外科学会は診療報酬の面からも施設の集約化を進めることが必要と考え、保険委員会で検討が進められた。着目したのが令和4年に登場した急性期充実体制加算の施設要件に心臓外科手術の実施数が含まれなかった事である。令和4年改定前の総合入院体制加算には心臓外科手術が年間40例以上という施設基準が設けられていたが、より高度な急性期医療を提供する体制を確保する観点から創設された急性期充実体制加算の施設基準に、心臓外科手術数の要件が含まれていないことは施設評価として不十分である。より高い点数が加算される急性期充実体制加算に心臓外科手術要件を加えることで、心臓胸部大血管手術を

数多く施行している施設への財政的な支援を行いつつ施設の集約化を後押しする必要があると判断し、2023年9月6日に厚労省に要望書を提出した。その内容は、急性期充実体制加算に心臓胸部大血管手術80例/年の要件を加える事、総合入院体制加算における心臓手術要件40例/年を60例/年に引き上げる事であった。結果として令和6年の診療報酬改定において急性期充実体制加算の施設要件に心臓胸部大血管手術100例/年以上が加わる事となった。この要件を満たすために必要な心臓胸部大血管手術の術式は、日本心臓血管外科専門医認定機構が修練基幹施設の要件に求める手術術式の内容と数とも一致する事となった。これにより心臓胸部大血管手術の多い高度急性期病院においては、収入増により心臓外科医およびタスクシフト可能な集中治療医や診療看護師などの人材の雇用が促される事が期待される。また、修練施設が急性期充実体制加算を算定し修練基幹施設の要件を満たそうとする事で人材と症例がシフトして施設の集約化が進む事が期待され、結果として安全で良質な心臓外科医療を今後も継続して国民に提供し、かつ次世代に引き継いでいくことを可能にする事が期待される。2023年の許可病床数400床以上の急性期充実体制加算届出医療機関の約50%において心臓胸部大血管手術の年間実施件数が100件未満であり、そのうち急性期充実体制加算1を算定出来なくなる施設は10%程度と予想される(図2)。一方で総合入院体制加算における心臓手術の要件40件/年は変更無しであった。さらなる施設集約化に向けては、総合入院体制加算要件における心臓手術の年間実施件数の見直しが必要である。

参考文献

1. Sakata, R., et al. Hospital volume and outcomes of cardiothoracic surgery in Japan: 2005-2009 national survey. *General thoracic and cardiovascular surgery*, 2012;60(10), 625-638.
2. Yoshimura N, et al. Effect of procedural volume on the outcomes of congenital heart surgery in Japan. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 2023;165(4), 1541-1550.

令和5年・急性期充実体制加算届出医療機関における心臓胸部大血管手術の実施件数の分布

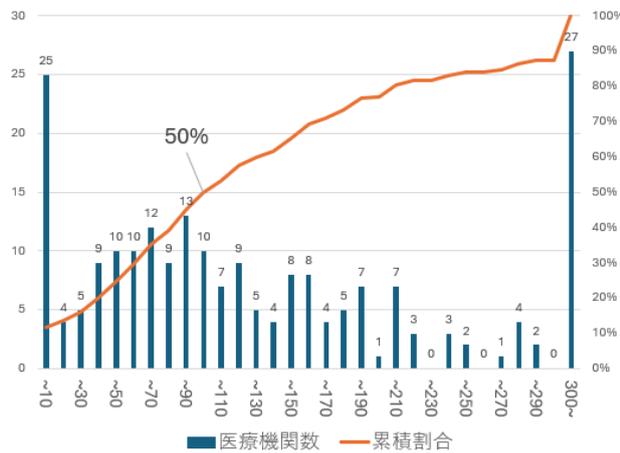


図 2

特定集中治療室管理料・救命救急入院料の見直し：集中治療の医療提供からみた検証

一般社団法人日本救急医学会
 代表理事 大友康裕
 一般社団法人日本集中治療医学会
 理事長 黒田泰弘

はじめに

令和6年度診療報酬改定では特定集中治療室管理料、救命救急入院料などの要件変更があり、医師の宿日直勤務では算定が出来なくなった点について、両学会として大きな問題意識を有している。宿日直勤務での診療を行う治療室については、特定集中治療室管理料5および6が新設された。両学会では診療報酬改定に対する各施設の対応の現状についてアンケートを行ったのでその結果を共有するとともに、学会共同声明を出した。

特定集中治療室管理料・救命救急入院料の見直しの現状 (図1)

従来の特定集中治療室管理料1または2、3または4、および救命救急入院料2または4、1または3はすべて交替性勤務を前提とし、かつ医師は重症病床内に常駐する必要がある。

必要がある。

新設された特定集中治療室管理料5または6(8,890点)は、医師が交替制勤務をとれず宿日直勤務している場合に適応される。ただし、医師は重症病床内に常駐する必要があり(すなわち院内常駐ではない)、これは他の特定集中治療室管理料・救命救急入院料と変わらない。特定集中治療室管理料5または6(8,890点)は特定集中治療室管理料3または4(9,890点)より1,000点低く設定されている。一方、従来からあるハイケアユニット管理料はもちろん宿日直勤務でかつ院内常駐でよいとされているが6,889点と、特定集中治療室管理料3、または4に比べてかなり(差が3,001点)低く設定されている。

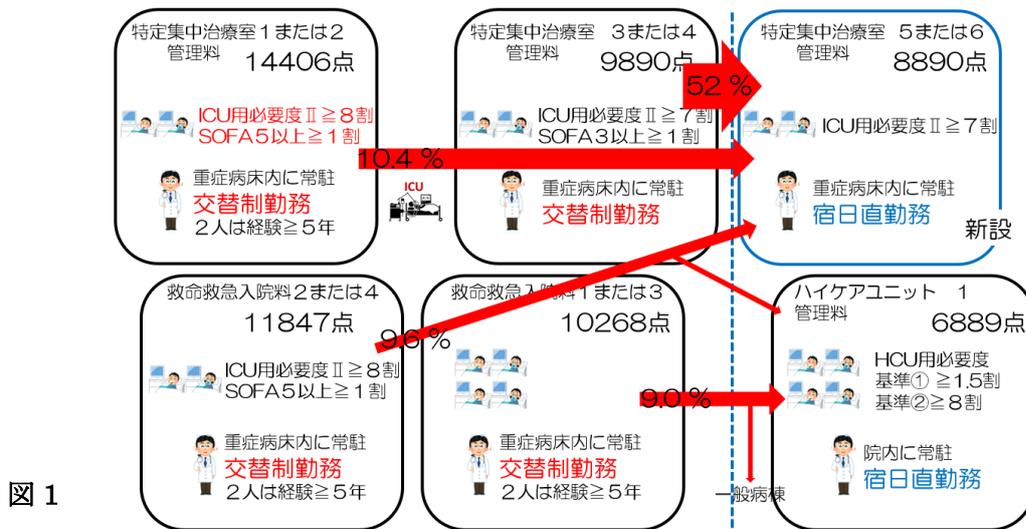


図 1

特定入院料の見直しに関する調査

調査期間は2024年8月20日～9月10日、調査対象は、日本救急医学会に登録の救命救急センター長(307名)、および日本集中治療医学会の評議員(375名)とした(重複51名あり)。オンラインでのアンケート調査を行い、計322件の回答のうち、同じ治療室に対する重複回答を除外し、305治療室に対する回答を集計対象とした。特定入院料を変更、もしくは取下げた場合の理由は以下から選択するものとした。

- 医師：宿日直勤務である(交替制勤務が組めない)
- 医師：特定集中治療の経験 ≥ 5年が1名以下
- 看護師：経験 ≥ 5年・集中治療の研修修了した専任常勤者不在
- 臨床工学技士：専任常時院内に勤務できない
- 患者：重症度、医療・看護必要度IIの基準を満たす < 8割
- 患者：SOFAスコア ≥ 5が1割未満

結果：診療報酬改定前後における届出状況の比較 (n=305) (図2)

回答のあった305治療室のうち、49治療室(16.1%)が特定集中治療室管理料5または6へ変更、もしくは特定集中治療室管理料および救命救急入院料の取下げを実施し、とくに6施設はハイケアユニット管理料へシフトしていた。上記変更または取下げの理由は、すべて専任医師が宿日直勤務を行っている(=交替制勤務が組めない)ことであった。

結果：特定入院料別の診療報酬改定後の届出状況 (図1)

特定集中治療室管理料1または2 (n=115) では10.4%の施設が変更したが、改定後も全施設が特定集中治療室管理料5または6に留まっている。特定集中治療室管理料3または4 (n=50) では52.0%の施設が変更したが、改定後も全施設が特定集中治療室管理料5または

6に留まっている。救命救急入院料2または4 (n=52) では9.6%の施設が変更し、改定後は4施設が特定集中治療室管理料5または6、1施設はハイケアユニット管理料へ変更している。救命救急入院料1または3 (n=78) では9.0%の施設が変更し、5施設はハイケアユニット管理料へ変更、2施設は一般病棟管理料になっている。また小児専門の集中治療施設においても、要件変更後特定集中治療室管理料5または6に留まる施設に加えて、ハイケアユニット管理料、小児の一般病棟用管理料に変更せざるを得ない施設も出ている。

結果と考察

アンケートからは、重症患者を診ていても人員不足から宿日直勤務となり交替制勤務をとれない施設が一定数存在すること、管理料の変更に伴い診療報酬の減額が見込まれる施設があること、要件変更後も特定集中治療室管理料5・6に留まる施設が多いこと、が示された。医療施設に従事する医師数は、主たる診療科が救急科との回答が1.2%、集中治療科は0.3%にすぎない(厚生労働省令和4年医師・歯科医師・薬剤師統計の現況)。 https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/isshi/22/d1/R04_kekka-1.pdf 両学会としてはあるべき姿である交替制勤務を組めるだけの救急科専門医、集中治療科専門医がまだまだ少ないと考えている。

学会共同声明

両学会としては特定集中治療室管理料・救命救急入院料の見直しに伴う届出状況の調査結果を報告するとともに共同声明を発出した。

<https://www.jsicm.org/news/news241125.html>

・今回の診療報酬の改定で地域医療を支えている救命救急センターなどが経済的損失を被っていることがあきらかになった。救急科専門医/集中治療科専門医が少ないなか、宿日直勤務で運営可能な特定集中治療室管理

料5・6の新設により激変は緩和されている。

・学会としてのあるべき姿は交替制勤務であり、理想とする夜勤体制確立のために両学会として人員確保に尽力したい。

・働き方改革を進めつつ質の高い急性期医療システムを維持するために、救急科専門医/集中治療科専門医が増えるような施策（インセンティブ等*）をお願いしたい。

* 責任や負担の大きさに見合った適正な報酬が得ら

れる、救急科専門医/集中治療科専門医の待遇改善/インセンティブの付与

要望

両学会としては、救急科専門医、集中治療科専門医などを中心とした人的資源を充足させ適切な治療を推進させていくために、交替制勤務をとる治療室の入院料である特定集中治療室管理料1-4、救命救急入院料1-4、小児特定集中治療室管理料を増額し、これら管理料の適正化を行うことを要望している。

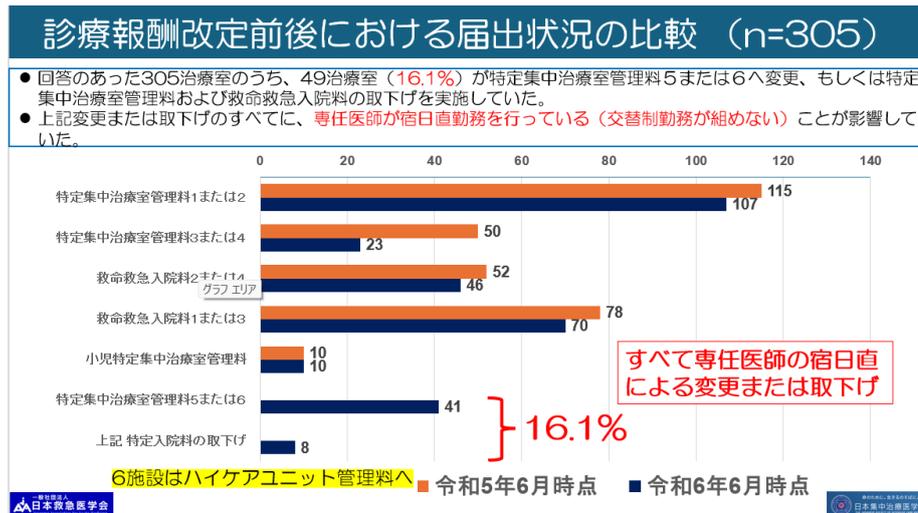


図 2

診療報酬改定で毎回減額される眼科のA400 短期滞在手術等基本料の問題点

公益社団法人 日本眼科医会
柿田 眼科
柿田 哲彦

診療報酬の算定方法には、出来高払い方式と包括払い方式が存在する。出来高払い方式の利点は、必要な医療を行いやすく、患者側も明細書を見れば理解しやすいことである。しかし、診療行為をすればするほど収益が増えるため、過剰医療（薬漬けや検査漬け）につながる可能性があり、医療費の増大を招くリスクがある。これに対して、包括払い方式は、定められた病名や診療行為などの組み合わせごとに定額の診療報酬が支払われるため、過剰な診療行為の抑制に役立ち、医療費の抑制が期待できる。ただし、診療行為が少ないほど収益が増えるため、過少診療（手抜き）や患者の選別につながるリスクもある。

短期滞在手術等基本料には「短期滞在手術等基本料1（日帰り）」と「短期滞在手術等基本料3（4泊5日まで）」の2種類があり、眼科の白内障手術に大きな影響を及ぼしている。白内障手術は国内で年間約150万件以上行われており、人口の高齢化とともに手術件数は増加している。

短期滞在手術等基本料1は、日帰り手術・検査の環

境および必要な術前術後の管理や定型的な検査、画像診断などを包括的に評価する施設基準である。検査や手術を入院から日帰りに誘導することを目的とした医療機関へのインセンティブとして設定されている。2020年に統一されていた短期滞在手術等基本料1は、2022年には「麻酔を伴う手術」と「それ以外の場合」の2項目に分かれ、2024年には「主として入院で実施されている手術」と「それ以外の場合」に分かれて4項目になった。結果として、白内障手術の報酬点数は2020年の2,947点から2024年には1,359点と大幅に引き下げられた。

短期滞在手術等基本料3（4泊5日まで）は、4泊5日までの入院医療を包括評価する診療報酬である。標準的な治療方法が確立されており、入院期間や費用に大きなばらつきがない術式を対象としている。

DPC対象外の病院が白内障手術を行う場合は、短期滞在手術等基本料3を算定する。平成26年に両側と片側の区別なく導入された白内障手術は、平成28年改定で両側と片側に分かれた。令和元年の診療報酬改定まで

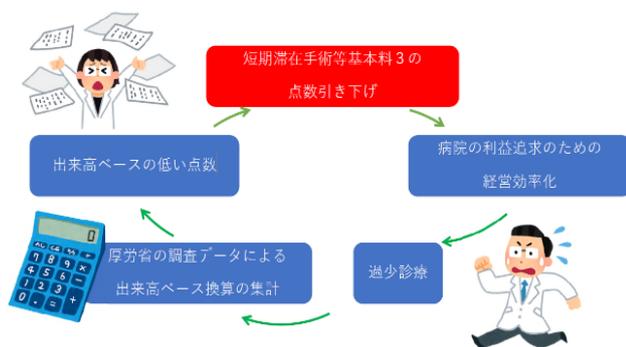
点数に大きな変動はなかったが、令和元年に両側 37,339 点、片側 22,411 点であった白内障手術は、令和 6 年改定で両側-6,154 点、片側-4,954 点と大幅に引き下げられた（図 1）。



これは白内障手術を年間数万件行っている病院にとって1千万円を超える減収となる。

このような報酬引き下げは白内障手術に限った問題ではなく、ほとんどの短期滞在手術等基本料3に見られる。例えば、K617 下肢静脈瘤手術の抜去切除術は-25.4%、K743 脱肛を含む痔核手術の硬化療法（四段階注射法）は-22.6%と、10年前と比べ大幅に減少している。

短期滞在手術等基本料3の点数が引き下げられると、病院は利益追求のために経営の効率化を図る。同じ点数なら入院日数、薬、検査などを削減すれば利益が上がるため、過少診療の傾向となる。厚労省はデータ提出加算を算定している病院から診療内容のデータを得て、出来高ベースに換算して集計している。出来高ベースの点数が短期滞在手術等基本料3の点数より低い判断された場合、さらに点数が引き下げられるという負のスパイラル(デフレスパイラル)に陥ってしまう。つまり、経営努力をすればするほど点数が引き下げられるという状況になる（図2）。



日本眼科医会は、全国の短期滞在手術等基本料3およびDPCを算定している医療機関に対し令和5年にアンケート調査を行った。この調査によると短期滞在手術等基本料3を算定している病院では、白内障手術の中止、医師数の減少、外来日数の削減、入院の中止、さらには外来の閉鎖などの報告があった。特に地方の病院では、50~60km圏内には入院して白内障手術ができる施設がない、内科的な疾患・認知症などがある後期高齢者が多い、独居老人や老老介護のために通院できないなどの問題がある。それら医療ニーズの高い患者の入院手術の受け入れが、診療報酬の引き下げにより困難になっている状況が指摘されている。

短期滞在手術等基本料にはもう一つ大きな問題点がある。それは麻酔料が別途算定されないことである。短期滞在手術等基本料1には、L009 麻酔管理料（I）とL010 麻酔管理料（II）が含まれており、短期滞在手術等基本料3はすべての麻酔料が算定できない。L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔は8,300点か6,000点、L009 麻酔管理料（I）は1,050点、L010 麻酔管理料（II）は450点であるため、全身麻酔による手術を行った場合、病院は少なくとも6,450点の損失を被る。

前述のアンケートで短期滞在手術等基本料3を算定している病院の白内障手術において全身麻酔を行った年間件数を調べたところ、回答が得られた101病院のうち68病院が0件で、残りの33病院のみで全身麻酔の白内障手術を行っていることがわかった。中には年間50件以上の手術を行っている病院もあり、少数の病院が採算を度外視して患者を受け入れている実態が明らかになった。

度重なる短期滞在手術等基本料3の点数の引き下げによって眼科医療が疲弊し、全身麻酔の包括で手術が必要な患者の入院手術が阻まれ、病院による患者の選別が進むことにより、国民の平等な医療を受ける権利が守られなくなりつつある。また、社会的責任感に基づき利益を度外視して患者を受け入れている病院の善意に頼る現状を改善するためにも、短期滞在手術等基本料の抜本的な改定が求められる。

◆編集後記

広報委員会 委員長 河野 匡



今年に入って初めての外保連ニュース、外保連ニュース第 43 をお届けします。地球温暖化の影響などで極端な気候がみられ、海水温の上昇が大雪をもたらすなど災害の報道が日常化しております。このような状況にあっても皆様にとって今年が良い年になるように願っております。

外保連の会長や実務委員長から前回の診療報酬改定では、実質的にマイナス改定であったことが指摘されております。また外科医に対する不十分な待遇の影響か、特に若手外科医の減少が問題視され、税金をかけて医学部教育を済ませた外科医が、保健医療以外の道を選択することが多くなり、初期研修後に直接美容業界に進むことが話題になり「直美」という言葉が広まってきているのは社会にとっても懸念事項であると考えます。インターネットではベトナムやマレーシアに行った方が外科医の待遇がいいようにとられる記事も散見されます。国

民的な議論が必要だと思えます。

今回は日本心臓血管外科学会から、手術件数の多い施設での手術の手術成績がいいことや働き方改革の規制の関係から、特に修練を行う心臓血管外科では集約化が避けて通れないと紹介されております。日本救急医学会と日本集中治療医学会からは宿日直勤務では特定集中治療室管理料、救命救急入院料が算定できなくなるなど現状と乖離した改定が行われ、改善が必要であることが紹介されました。日本眼科医会からは短期滞在手術等基本料 3 の点数が引き下げられ、また全身麻酔の包括で入院手術が必要な患者の治療が行えなくなっていることなどが紹介されました。

さまざまな問題が指摘されておりますが、外保連としても改善に向けて取り組む必要があるように考えております。

外保連活動には今後も皆様のご協力が大切です。今後ともよろしくお願いたします。

◆三保連ニュース

3 月 6 日に東京国際フォーラムガラス棟会議室 G701 に於いて、第 24 回三保連合同のシンポジウムを開催し、今回は『令和 8 年度診療報酬改定に期待するものー三保連の重点要求項目ー』と題し、意見交換をする予定です。詳細は外保連のホームページ(<https://www.gaihoren.>) をご覧ください。

【原稿募集】

第 17 号より外保連ニュースに加盟学会の活動を「加盟学会の活動だより」として掲載し、ご紹介することにいたしました。文字数などの制限はございません。皆様、奮ってご寄稿ください。

◆事務局からのお知らせ

【退会学会】

・日本輸血・細胞治療学会

※以上現加盟学会数計 119 学会