

外保連ニュース 第44号 2025年8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

厚生労働省によるヒアリングを終えて

実務委員長 渡邊 雅之



令和7年8月12日に、外保連の要望に対する厚生労働省のヒアリングが行われた。今回も web での開催となった。外保連の運営委員は、日本外科学会・日本臨床外科学会の保険診療委員会委員を兼任しているものが多く、また、外保連、日本外科学会、日本臨床外科学会の重点要望項目は重複するものがあるので、前回同様3つが合同でヒアリングをすることとなり、合計1時間半のヒアリングとなった。外保連からは、瀬戸泰之、岩中督、川瀬弘一、平泉裕、土田敬明、森崎浩、清水伸幸、渡邊雅之が出席、日本外科学会からは吉野一郎、森兼啓太、日本臨床外科学会からは山口俊晴、橋口陽二郎、比企直樹、万代恭嗣が参加した（敬称略）。

冒頭、瀬戸会長から令和8年度改定に向けて外保連の目指す方向性が示された。手術試案と実際の手術料の乖離の大きい手術の評価、技術料と材料費を明確に分離評価、平成26年度改定から増点なしの術式の増点要望、複数手術評価の適正化などが要望された。また、手術・処置の休日・時間外・深夜加算に関して、令和6年度改定で医師に対する手当支給が施設基準の要件となったことを受けて実施された、日本外科学会、日本消化器外科学会、日本臨床外科学会の調査結果を紹介した。その中では、予定手術前日の年間当直日数や連続当直の上限が厳格に設けられているため、地域医療を担う中小病院や医師数に限りのある施設においては算定が困難となっている実情を報告し、条件の緩和を要望した。ロボット支援手術の課題については、その優越性の評価の在り方について、外保連の新しい評価軸検討WGで策定した「既存技術と比較した優越性の定義」を提示し、厚生労働省に対して優越性の定義の公開を要望したが、厚生労働省からは定義の公開は難しいとの返答であった。令和8年度改定ではロボット支援手術で15件（すべて技術度D）の新設要望があり、ロボット支援手術の一括採用も要望した。

Kコードの精緻化・合理化については、岩中名誉会長

目次

◆厚生労働省によるヒアリングを終えて

～ 実務委員長 渡邊 雅之

◆特集 「働き方改革が外科医教育に及ぼす影響」

* 池田 徳彦先生

「NCDから見たわが国の外科医療の水準・外科医の配置・働き方改革」

* 比企 直樹先生

「消化器外科医の減少とその対策-働き方改革の視点から-」

* 織田 順先生

「働き方改革が救急医療および外傷外科医教育に与える影響～日本救急医学会 調査(速報値)より～」

* 椎谷 紀彦先生、小野 稔先生

「心臓血管外科専門医認定機構の施設集約化の取り組み」

* 亀井 良政先生

「働き方改革が周産期医療体制・教育体制に及ぼす影響」

◆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

から、令和6年度改定において、特に整形外科領域において医療資源の投入量の異なる同一のKコードの見直しが必要であることを強く要望した経緯が示され、これを受けて厚生労働省から既存のKコードを活かして、同一コード内で細分化する案が示された。引き続き、外保連、整形外科領域の学会と相談しながら令和8年度改定で対応予定であることが確認された。

また、特定保険医療材料の入手困難な商品と逆鞘商品の価格見直しについて、医療機器安定供給確保に関する検討会に外保連が委員として参画していることを報告し、医療機器の安定供給及び医療機関の経営安定化のため、物価上昇に見合った償還価格の引き上げを要望した。さらに森崎麻酔委員長からは、時間外・休日・深夜加算の要件としての手当支給対象を麻酔科医にも拡大することが要望された。

複数手術の考え方は現行主たる手術は100%、従たる手術は50%（1個に限る）となっているが、外保連の主張は、従たる手術を1つに限らず、それに要する手術料（本来の手術料から、開腹、開胸、開頭などに要する手術料を引いたもの）を認めること、また、組み合わせの事前登録をやめ、一般論として認めるべきであることを

再確認した。今回、日本外科学会吉野委員長からは、合理的なメリットが証明されている術式については複数手術の100/100に相当する点数を合算できるようにすることが要望された。日本臨床外科学会山口委員長からは、従たる手術の100分の80算定できるように是正すべきとの要望が示された。また吉野委員長及び森兼委員から、

結腸直腸悪性腫瘍手術における手術部位感染ケアバンドル加算の新設が要望された。また、吉野委員長から同種死体肺移植術の増点も要望された。

プレゼン終了後、厚生労働省から質疑があったが、全体的には、和やかな雰囲気でのヒアリングは終了した。

◆働き方改革が外科医教育に及ぼす影響

NCDから見たわが国の外科医療の水準・外科医の配置・働き方改革

NCD代表理事

東京医科大学 呼吸器甲状腺外科 池田 徳彦

National Clinical Database (NCD) は、2010 年に外科および外科サブスペシャルティ領域の専門医制度を支える手術症例データベースとして日本外科学会、日本消化器外科学会、日本小児外科学会、日本胸部外科学会、日本心臓血管外科学会、日本血管外科学会、日本呼吸器外科学会、日本内分泌外科学会、日本乳癌学会、日本甲状腺外科学会の外科系 10 学会が参画して設立された。

2011 年から症例登録が始まり 2024 年 4 月には登録施設数は 5,679、診療科数は 14,920 まで増加した。年間の症例登録数は約 150 万件で、2023 年までの累計登録数は約 1,900 万件に達している。データ登録している領域のわが国で施行されている手術の 95%以上が登録されており、それぞれで患者の基本情報とともに併発疾患、術式、術後急性期の状況、主疾患状況などが把握できる項目が入力される。専門医資格取得・更新の際の手術経験の証明、国単位・施設単位の手術の施行状況の検討、そして大規模なリアルワールドデータを活用した臨床研究も数多く行われている。NCD に参加している各領域、施設が自らの日常の医療水準を認識し、改善を図るための情報も入手可能である。

NCD データの登録開始時期はちょうど内視鏡手術が広く普及していくのと同時期であり、その実施状況も経年的に解析可能であった。消化器外科領域では全国で行われている食道癌、胃癌、大腸癌、肝癌、膵癌の主要な術式において内視鏡手術の割合が年々増加していく状況とともに、各術式の術後合併症や術後死亡率はいずれも低率に維持されたことも確認された(文献 1)。すなわち、主要術式の腹腔鏡手術は従来の開腹手術と同等の安全性を担保されながら施行され、均てん化していったことが大規模データを用いて客観的に証明された。呼吸器外科領域においても内視鏡手術が標準化しつつある時期に早期肺癌に対する胸腔鏡手術の実施状況や術後の有害事象などが解析された。2014 年、2015 年のデータでは臨床病期 I 期の肺癌手術の 75%が胸腔鏡を主体とした低侵襲アプローチで施行されており、開胸例よりも術死、術後合併症とも低率で、安全に施行されていることが証明された(文献 2)。最近ではロボット支援下の手

術も様々な領域で増加しているが、その導入期で術死亡率や術後合併症の発生割合は内視鏡手術と同等で低率にとどまっており、安全に施行されていることが食道癌や肺癌における NCD データを用いた研究で証明されている(文献 3,4)。

他国のデータベースと協力して、手術実施状況の国際的な比較研究も行われている。米国の大規模データベースである American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program (ACS-NSQIP) と NCD のデータを用いて右半結腸切除術、低位前方切除術、膵頭十二指腸切除術の術後 30 日以内の死亡率を国際間で比較したところ、いずれの術式でも日本は米国より低率であり、安全な外科治療が行われていることが示唆された(各術式、日米順: 0.76% vs 1.88%, 0.43% vs 1.08%, 1.35% vs 2.57%)。一方で術後在院日数は米国の方が短く、医療のスタイルが異なることも示された(文献 5)。

若い年代の女性医師は各外科領域でいずれも増加している。幽門側胃切除術、胃全摘術、低位前方切除術で女性術者の方が男性術者よりも術死亡率は低率であり、合併症の発生も同等であったことが NCD データからも報告されている(文献 6)。女性外科医の活躍は貴重であり、生涯にわたって外科を継続できる環境の構築が急務である。

消化器外科領域の主要 8 術式(食道切除術、幽門側胃切除術、胃全摘術、右半結腸切除術、低位前方切除術、肝切除術、膵頭十二指腸切除術、急性汎発性腹膜炎手術)に関しては専門医数の多い施設の方が少ない施設よりも術後死亡率が少ないことも証明された(文献 7)(表 1)。また、膵臓癌、食道癌など難易度が高い手術に関しては、手術実績が多い施設の方が治療成績が良好とされる。安全かつ効率的な外科医療を供給するために集約化の有効性を示唆するデータである。疾患、術式、施設規模などのうち、何を基準として集約化の対象を決定するかを科学的に判断していくことも必要であり、NCD データが参考になれば幸いである。

近年、他領域と比較して外科医数が相対的に減少していることが指摘されている。

その中で術式の多様化や複数の併発疾患を有する高齢者の手術が増加しており、外科業務も濃密になってきている。すべての外科医の労働環境の整備が課題となる。外科医の配置状況を評価するのに、医療圏の人口に対する外科医数が指標となることがある。しかし、医療圏で行われた手術数や総手術時間を調査すれば、そこで働く外科医 1 人当たりの手術参加時間が明らかになり、手術に割かれる労力が正確に評価される。こちらの方が医師の業務量の評価が正確ではないだろうか。加えて、疾患の発生数や術式ごとの手術数を調査すれば、その地域で

注力すべき医療の姿も明確になる。

医師の適正配置と適切な集約化により、外科医の労働環境も改善することが期待される。NCD データを用いた医療の状況把握をそのヒントとして利用いただきたい。

文献

- 1: Ito S Ann Gastroenterol Surg 2024;00:1-28
- 2: Ikeda N J Thorac Cardiovasc Surg 2022;163:353-358
- 3: Nishigori T Ann Gastroenterol Surg 2025;9:109-118
- 4: Haruki Surgery Today 2025 doi: 10.1007/s00595-025-02992-5
- 5: Anazawa T Medicine 2015;94, e2194
- 6: Okoshi K BMJ 2022, 378:e070568
- 7: Konno H Surgery Today 2017 47:611-618

	施設の専門医数			
	0	1	2または3	4以上
術式	O/E 比*			
食道切除	1.6	2.09	1.42	0.81
幽門側胃切除	1.48	1.24	1.09	0.66
胃全摘	1.52	1.36	1.05	0.83
右半結腸切除	1.36	1.39	1.1	0.91
低位前方切除	0.84	1.13	0.93	0.82
肝切除	1.49	1.3	1.17	0.85
膵頭十二指腸切除	2.02	1.67	1.17	0.8
汎発性腹膜炎手術	1.15	1.11	1.12	0.96

O/E 比* (observed/expected ratio) 実際の死亡率/予測死亡率

表 1 代表的な手術における死亡リスクと施設の専門医数（文献 7 より改変）

..... 消化器外科医の減少とその対策 — 働き方改革の視点から —

日本消化器外科学会 ワークインライフ委員会
北里大学医学部上部消化管外科 比企 直樹

消化器外科は、がん治療や急性腹症への即応的対応において重要な役割を果たしている。対象となる疾患は多岐にわたり、食道・胃・大腸といった消化管腫瘍に加え、肝・胆・膵腫瘍、さらには虫垂炎や腸閉塞といった救急疾患まで含まれる。高度な技術を要するこれらの手術は、年間 12 万件以上実施されており、その大部分を消化器外科専門医が担っている。

しかし近年、消化器外科医の数は深刻に減少している。厚生労働省の統計によれば、2002 年から 2022 年にかけて、消化器・一般外科の医師数は 20%以上減少した。一方、医師全体は 30%以上増加しており、この対照的な傾向は、消化器外科の過重な業務とその魅力の乏しさを如実に示している。実際、日本消化器外科学会の会員数も減少傾向にあり、新規入会者はかつての半数以下にとどまり、60 歳以上の会員比率が高まっている。このままでは、今後 10～20 年で外科医の数が半減するという予測も現実味を帯びている。

背景には、若手医師の消化器外科離れがある。2023 年に学会が行ったアンケートでは、「後輩に消化器外科を勧める」と答えた医師はわずか 38%、さらに「自分の子どもに勧める」と答えた割合は 14%にすぎなかった。最も多く挙げられた不満は「給与」であり、44.3%が待遇への不満を訴えている。また、「激務のわりに見合った報酬が得られていない」との意見も多く、単に労働時間ではなく、業務内容や責任に対する正当な評価が求められていることが明らかとなった。

キャリア形成の不透明さも課題である。がん手術を一人で執刀できるまでには 10～15 年の訓練が必要とされるが、将来的にどのような働き方やセカンドキャリアが可能なのか、明確な道筋が見えにくい。さらに、子育てやプライベートとの両立が困難であるというイメージも根強く、柔軟な働き方や支援体制の構築が喫緊の課題である。

このような状況を打破するためには、いくつかの具体

的な対策が必要である。第一に、給与体系の見直しと、緊急手術や高難度手術に対するインセンティブの導入が求められる。現状では、深夜や休日の緊急手術に従事しても、その労働が十分に報われていない例が多く、医師のモチベーション低下の一因となっている。加算制度などの制度的評価を、病院収益だけでなく、医師個人の待遇に反映させる改革が必要である。

第二に、教育制度の透明化とキャリア支援の充実である。専門医取得後も、指導医・教育者として活躍できる場や、年齢を重ねた後の働き方の選択肢を提示することが、若手医師の定着に直結する。また、手術に専念できる環境整備のためには、外来診療や研究活動とのバランス調整も不可欠である。

さらに、学会や研究会の在り方も見直されるべきであ

る。特に若手医師にとって、過剰な研究会の参加が負担となっている現状を鑑み、必要最小限の参加で学びを深められる機会の再設計が求められる。

最後に、診療の集約化と分担が重要な視点である。高度な手術は一定の症例数を有する施設で実施することで安全性が高まるとされており、手術の集中化と地域格差の是正を同時に進めることが必要である。

医師の働き方改革が進む現在、消化器外科という分野が存続・発展するためには、使命感だけではなく、構造的な改善が不可欠である。日本消化器外科学会は、会員の声を反映しながら、報酬、キャリア支援、勤務環境の改善に取り組む必要がある。今後、国や学会、医療機関が一体となり、消化器外科医が安心して長く働ける環境づくりを推進していくことが求められている。

働き方改革が救急医療および外傷外科医教育に与える影響～日本救急医学会 調査(速報値)より～

日本救急医学会 理事・労務管理委員会 委員長
大阪大学大学院医学系研究科 救急医学 織田 順

医師の働き方改革を目前に大阪府医師会が会員向けに行った意見調査(R6. 2)によると、30～40代の会員はサービス残業や残業の上限制限への影響を、それ以上の年齢では地域の救急医療の崩壊や医師の地域偏在の進行、若手勤務医の修練の時間が不十分、そして大学病院での研究時間が十分取れないといった点への影響が危惧されていた。

・日本救急医学会 労務管理委員会調査より

日本救急医学会では、医師の時間外・休日労働の上限規制開始直前と、働き方改革後それぞれに大規模な調査を行った。

調査①(上限規制前)では、労務管理委員会が中心となって全国の救命救急センターおよび救急科専門研修プログラム基幹施設(349施設)を対象に、診療体制と実績、構成救急医の勤務状況について尋ねた。212施設から回答を得て、うち4割超が24時間連続勤務であった。20～40代医師の約半数に45時間/月以上の超過勤務があり、50代、60代にも一定割合の長い超過勤務が見られた。8割の施設で何らかのオンコール体制が適用されていたが、オンコール(待機)手当については65%の施設で手当はなく、無償での自主待機扱いとなっている実態が浮き彫りとなった。回答のあった61%の施設だけでも、自施設以外での救急医療機関への勤務(応援・外勤)は週1503コマ(うち1/3強は夜間勤務)に上っていた。また4割以上の医療機関で上限規制に伴う外勤縮小を予測していることが判明し、地域医療への影響が懸念された。規制開始後は特に救急など24時間対応が必要な診療科において、勤務時間や勤務間インターバルの確保に苦慮している状況がうかがわれた。

調査②(上限規制後)として、日本救急医学会会員個人ごとに主たる勤務先と、(あれば)非常勤勤務先の両

方について、2次医療圏の都市型、宿日直許可の対象か、救急患者への対応等に関する労務の実態について尋ね、936名から回答を得た。うち533名(57%)が外勤(非常勤)でも診療していた。主たる勤務先の医療圏は大都市型42.8%、地方都市型51%、過疎地域型6.2%、これに対して非常勤勤務先は大都市型30.9%、地方都市型50.8%、過疎地域型18.2%となっており一見差を感じにくい、実は主務先が大都市型である医師の40.4%がより地方型の勤務先で、同じく地方都市型である医師の22.4%が過疎地域型で勤務しており、多くの会員が非常勤でより地方、より過疎地の救急医療を支えていることが示唆された(図1)。なお、非常勤勤務先での宿日直許可の状況を尋ねたところ宿日直許可ありが51.8%を占めたが、それらの施設での勤務状況は勤務8時間あたりの換算で、救急搬送応需数2台以上が半数以上、独歩患者5名以上対応が1/3以上、また病棟などでの実務時間1時間以上が2/3以上、であり(図2)、宿日直許可あり施設であっても、救急医は救急要請があればその多くに対応している実態が明らかとなった。

・医療施設集約化の課題

救急医療、特に高度救急医療においては、「緊急度」と「重症度」の考え方が重要となる。この二つの概念は異なり、状態が重篤になるまでの時間的猶予の短さを「緊急度」と呼ぶ。例えば、外傷性ショックや重症頭部外傷、多発外傷症例などでは迅速かつ適切な気道確保・呼吸管理を行い、緊急止血術や開頭術といった病態に応じた外科技術が不可欠であるため、これらを迅速に実施できる専門チームが常に待機している必要がある。一方で、高度な外傷外科技術は習得が容易でないため、「防ぎ得た外傷死(Preventable Trauma Death: PTD)」を回避するための基本技術をJATECなどの教育コース

や日常の研修で修得し、地域における初期対応の充実を図りつつ、より高度な処置が必要な症例を高次医療機関に集約する仕組みを導入する地域もある。ただし、緊急度が非常に高い症例では搬送にかかる時間が致命的な影響を与えることがあり、高度な技術研修が特定の少数施設に限定されると、多くの人材育成が困難になる懸念もある。そのため、集約化が必ずしもすべての地域で実施可能とは限らない。なお、重症熱傷に関しては緊急度より重症度が勝る場合が多く、集約化がうまく機能している地域もある。

・外傷外科医教育および地域医療への影響

勤務時間の上限規制後、シフト制が普及したことで勤務環境の改善が進んだ反面、指導者と研修者が揃って臨床教育を受ける機会は減少している。また、off-the-jobでのシミュレーション教育においても、指導者や受講者が多忙を極める中、経済的支援が不十分な

状態で、限られた休日を使用し、またほぼ手弁当での実施となっている。

上述の調査②からわかるとおり医師の非常勤（外勤）勤務先の医療機関は主な勤務先と比較して過疎地域の割合が高く、地方都市や過疎地域における医療が非常勤医師によって支えられている可能性が示唆される。また同調査では上限規制後、主勤務先で収入が減少したとの回答は、収入が増えたとの回答数の3倍にも及ぶ。救急医の業務範囲が院内外調整、災害対応、感染対策など広範化する中、タスクシフトや医療DXによる負担軽減策はまだ途上であり、多くの医育機関や医療施設の定員設定や収支構造が長時間連続勤務を前提とした旧来のままであるなど、多くの課題が未解決のままとなっている。タスクシフト、地方救急医療支援、教育のいずれにも労務を要し、そのためには相当するコストをかけることが必要である。

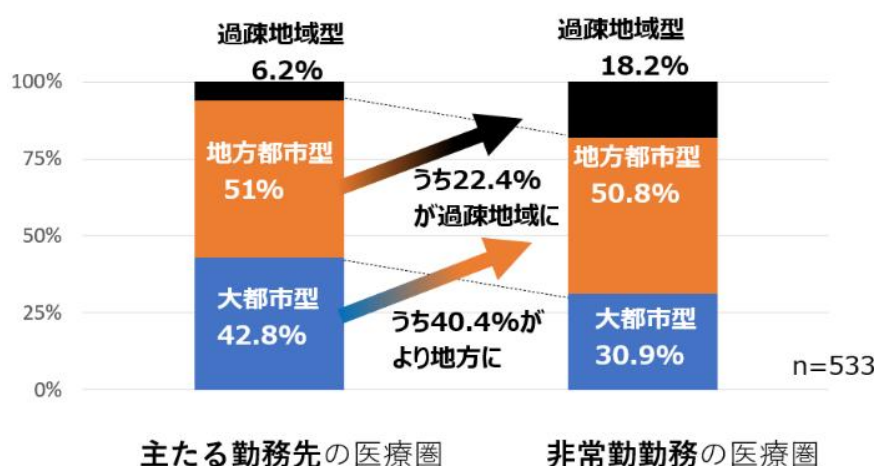
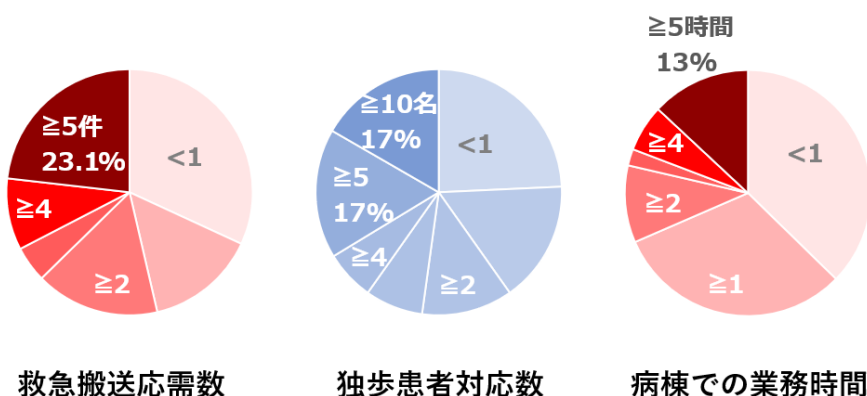


図1 非常勤勤務のある救急医の主たる勤務先、非常勤勤務先の位置する2次医療圏
非常勤勤務先の多くがより地方となっており、過疎地の救急医療を支えている



(いずれも8時間あたり数, n=276)

図2 非常勤勤務(宿日直許可あり)での労務状況
宿日直許可あり勤務であっても、救急医は救急要請があればその多くに対応している

心臓血管外科専門医認定機構の施設集約化の取り組み

3学会構成心臓血管外科専門医認定機構代表幹事 椎谷 紀彦

日本心臓血管外科学会理事長 小野 稔

心臓血管外科専門医認定機構では、2024 年、施設集約化を目指し、認定修練施設要件の年間心臓血管外科手術数を 50 例から 100 例に引き上げると共に、「基幹」施設認定を領域別（成人心大血管、血管、小児の 3 領域）とし、その要件を領域別手術数年間 100（小児は 71）例に引き上げた。2012 年以来、実に 12 年ぶりの改定となる。2023 年の手術数実績に基づく、2029 年には認定修練施設数は 16% 程減少して 500 弱、成人心大血管基幹施設数は 40% 程減少して 250 強となる見込みである（図 1）。目的は医療の質と持続可能性の確保である。前者の背景には心臓血管外科手術の各領域において証明されている volume-outcome relationship（症例数が多い施設の成績が良い）が、後者の背景には働き方改革への対応、研修効率の向上、インセンティブ確保があるが、これらは相互に関連している。

1. 心臓血管外科手術の volume-outcome relationship

日本心臓血管外科学会では、心大血管手術のデータベース事業を 2001 年より開始した。2012 年からはデータベース登録が心臓血管外科専門医申請の必須要件となり、2024 年 4 月現在、登録施設数は成人 605、先天性 120、登録手術数は年間 8 万件弱にのぼる。本データ等を活用した volume-outcome relationship の研究は、成人心大血管手術、急性大動脈解離、小児心臓手術の各領域において行われ、いずれも有意な関連が示されている¹²。すなわち、術式・領域を問わず、一定数以上の手術を実施している施設では、より良好な治療結果を提供できる。これは、施設集約化が患者の利益となること、質の高い医療に多く触れる機会を提供することを通じて専門教育の効率化にも貢献すること、を示す。非都市部においては、既に循環器疾患の入院患者数が減少し始めており、集約化は喫緊の課題である。

2. 働き方改革対応

心臓血管外科医の労働時間は、A 水準に収まるのは半数に過ぎず、専攻医の 2 割以上、専門医の 1 割以上は BC 水準にすら収まらない（専門医申請者アンケート調査 2025、回答率 100%）。これは、全診療科の中で最も劣悪である。背景には、心臓血管外科医が周術期管理も担っている現状がある（図 2）。集約化は、術後管理当直回数の減少により働き方を改善すると期待されるが、これのみでは不十分であり、外科医が手術に専念できる環境の構築が望まれる。この観点から我々は、成人心大血管と小児領域の「基幹」要件に closed ICU を、成人心大血管の「基幹」要件には task share を盛り込む方向である。Closed ICU は、コストも含めた手術成績を改善すると報告されている³。

心臓血管外科志望者は毎年 100-150 名で減少してはいないが、労働時間に鑑みると充足もしていない。施設集約化は 1 施設あたりの専門医数を増加させ、複数チーム制構築に寄与する。心臓血管外科手術の約 4 分の 1 は緊急手術であり、特に大動脈緊急症が多い。1 チームしかない病院では、夜間緊急手術後のインターバル休みが翌日診療の支障となるため、緊急対応が困難になっている。複数チーム制により、この問題の解決も期待できる。

一方で非都市部においては、医療機関へのアクセスが悪化し、搬送時間延長に伴う緊急手術救命率の低下が危惧される。しかし大動脈緊急症に関しては、搬送時間・距離と手術成績に相関は無く、集約化による手術成績の向上のベネフィットは、搬送距離延長のリスクを凌駕する⁴。すなわち、非都市部に小規模施設を確保するよりも、緊急搬送のネットワークとインフラ整備に注力する方が、医療の均てん化に資すると考えられる。心臓血管外科専門医認定機構では、集約化施策の導入に際して、3 次医療圏に少なくとも 1 つの成人心大血管「基幹」施設が確保されることを確認した。現在、日本心臓血管外科学会では、大動脈緊急症の治療を担う施設を拠点として可視化し支援すべく、調査を実施している。

3. インセンティブ確保

集約化には病院側の理解と一定の投資が必要である。2024 年度の診療報酬改定で、急性期充実体制加算要件の 1 つに成人心大血管基幹施設要件が盛り込まれたのは、この点で大きい。一方、加算は病院へのインセンティブであり、外科医の処遇改善に直接繋がるものではない。医師の診療科偏在を解消するには、高度な技術を要する手術を実施する医師、緊急手術を担う医師に対するインセンティブが必要である。技術習得には、相応の時間的・金銭的自己投資を要するが、現状では「自己研鑽」に対価は支払われない。また、手術点数は術式別で、医師の技量は反映されていない。これは、十分な経験を有さない医師が、高度で点数が高い術式に挑むという弊害の一因にもなっている。心臓血管外科専門医認定機構では、サブスペシャリティである心臓血管外科専門医より高度な技術を有する外科医を認定し、その医師が執刀ないしは指導した場合に加算された点数が医師に還元される制度を目指している。一方、大動脈緊急症のように、個人技術よりも拠点化が重要な手術では、拠点施設へのインセンティブの一部を外科医に還元して頂く仕組みも必要である。

我が国の心臓血管外科医の給与は、膨大な時間外労働により欧州並みに維持されているのが現状であり、

働き方改革による労働時間制限は収入減に直結する。医療の質を維持するためにも、有望な心臓血管外科医の海外流出の拡大を防ぐためにも、そして集約化によ

る離職を防ぐためにも、医師へのインセンティブ確保は、集約化と共に進めていかなければならない。

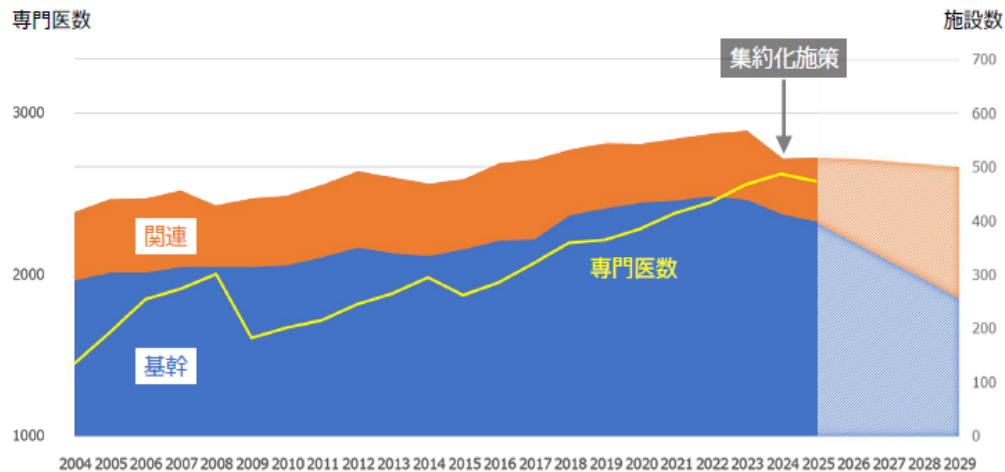
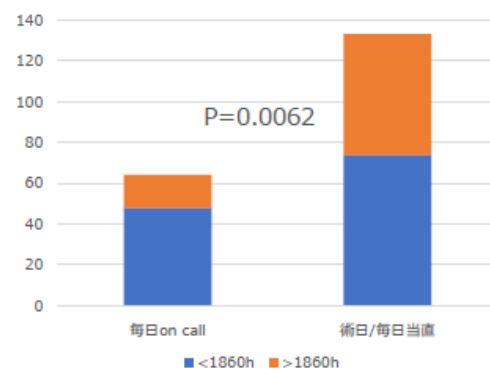
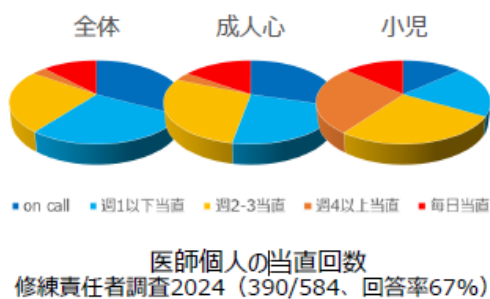


図1 専門医数・認定修練施設数の推移と集約化施策の影響



施設の当直体制と年超過勤務時間
心臓血管外科学会アンケート2022より解析

図2 心臓血管外科医の当直体制と年超過勤務時間

参考文献

1. Sakata R, et al. Gen Thorac Cardiovasc Surg 60:625-38, 2012.
2. Yoshimura N, et al. J Thorac Cardiovasc Surg 165:1541-50, 2023.
3. Lim JY, et al. J Thorac Cardiovasc Surg 159:1382-9, 2020.
4. Izumisawa Y, et al. J Thorac Cardiovasc Surg 163:28-35, 2022.

働き方改革が周産期医療体制・教育体制に及ぼす影響

日本産科婦人科学会 常務理事
亀井 良政

我が国の周産期医療は、諸外国とは異なり、分娩の約半数を一次施設で取る小規模分散型でありながらも、世界で最も安全な周産期医療体制を維持していることが特徴である。

他方、出生数は年々急速に減少しており、政府は「こども未来戦略」（令和5年12月22日閣議決定）で、少子化は我が国が直面する最大の危機であるとして、2030年までをラストチャンスとして異次元の少子化対策を実施すると提言している。

現在の我が国の産婦人科医師の特徴として、医師数は近年徐々に増加し、生殖可能年齢とされる15歳～49歳の女性人口に対する産婦人科医師数もこの30年足らずの間に1.4倍になり、見かけ上は分娩を担当する医師数は増え、業務が軽減されているように見える。実際には、女性医師の比率が急速に増加し、育児中のために当直業務をできない医師が増えているために、医師1人あたりの当直回数は月8回前後で、他の診療科に比べても最も多く、顕著な減少傾向はみられていない。働き方改革への対策として、産婦人科診療ではタスクシフトなどにより時間外労働時間の削減に取り組み、このままのペースで削減が進めば2035年のA水準を遵守できると期待されてきたが、この当直回数の維持がハードルとなり、現場の努力だけでは時間外労働の規制遵守には早晚限界が来るのではないかと危惧される(図1)。

これに加えて、60歳以上の学会員が約40%を占め、特に地方ではこれら高齢の産婦人科医師が周産期医療を含めた地域医療を支えている(図2)。これらの高齢産婦人科医師の引退に伴う産婦人科医の減少に加えて、出生数の自然減と経費増大による収益の悪化が、特に地方において分娩取扱施設の取り扱い中止と、中核病院への分娩の集中につながる危険が生じている。

これらの現象に対する解決策として、2024年度からの第8次医療計画の中で、政府は、周産期医療体制について、基幹病院を中心とした集約化・重点化を進め、ローリスクの分娩は妊婦健診・産前産後ケア・あるいはオープン・セミオープンシステムなど様々な形で周囲の産科医療機関への依頼や助産師へのタスクシフトを進めるとしている。また、ハイリスク妊産婦については、基幹施設へのアクセス対策を講じることも提唱されている。さらに医療圏についても、医療圏にこだわらず集約化・重点化を進めながら柔軟に運用し、必要な医療体制を確保するように見直されている。

しかしながら、当初推定以上の急速な出生数の減少

と物価の高騰、さらには2024年6月の診療報酬改定で、MFICU算定基準の厳格化により算定申請を取り下げる施設が特に地方の周産期母子医療センターで急増したこと、など収益が悪化する多くの要因が重なり、高次医療圏を超えた周産期医療連携の維持すら困難な地域が次々と出現している。

その解決策としては、終局的には集約化・機能分担を目指すよりないと思われる。実際、当学会の大学病院を対象とした調査では、1分娩当たりの必要経費は平均約142万であるが、分娩数が多い施設ほど経費は減少していることから、集約化が医療経済的には有効な方法であることが示唆されている。

一方で、集約化を一気に実施してしまえば、特に地方においては自宅から分娩取扱施設までの移動時間が大きな問題となり、移動中の母児にとっては生命の危険が伴う。分娩取扱施設の近隣に長期にわたって家族と離れて分娩の待機をするインフラ施設の整備も急務となるが未だ実現の目途は立っていない。

当学会が2023年に実施した厚生労働科学研究では、集約化により分娩数・母体搬送数が1.5倍となった場合、総合周産期母子医療センターで働き方改革のA水準を遵守するために必要な人員は、現在既にA水準をクリアしている施設でも、3人から4人の増員が、より時間外労働時間が多いB水準、C水準の施設では、7人以上の人員の増員が必要となると試算されており、急速な集約化に対応できる状況ではないと思われる。

さらに、2024年に全国国立大学周産期母子医療センターを対象に実施した働き方に関するアンケート調査では、国立大学の多くは、①タスクシフトが進まず、②大学の業務の3本柱のうち診療負担が大きく、③国からの運営交付金も年々削減される中で教育や研究に割ける時間がどんどん削られているということが報告されている。

周産期医療体制は都市部と地方でも事情は異なるため、各都道府県の市町村ごとの分娩数、一次分娩施設から周産期センターまでのアクセス時間、周産期センターのマンパワーなどを把握し、地域の状況にあった医療計画が必要となる。

昨年6月から、厚生労働省において出産費用の保険適用(あるいは無償化)の検討が始まっているが、妊産婦の経済負担を軽減しながら同時に周産期医療体制を維持し、『地域に関わらず安心して出産できる』環境をどのような形で実現できるのか、今後の提言が期待される。

図1. 産婦人科における時間外労働の減少への取組

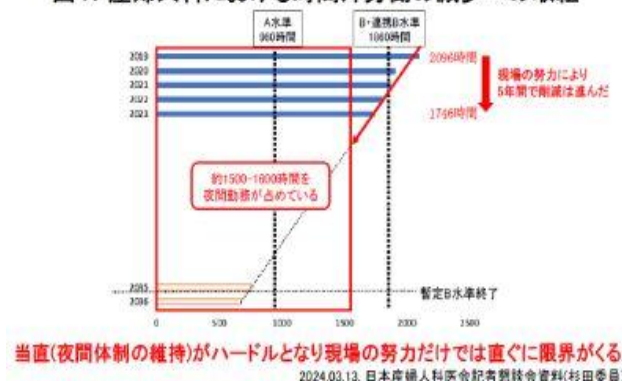
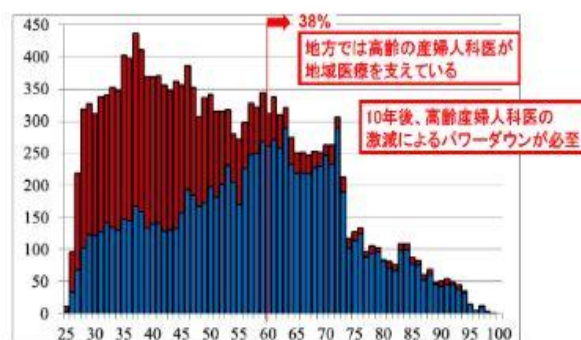


図2. 年代別の本会会員数(2021年)



【参考文献】

- 1) Robotic vs. minimally invasive mitral valve repair: A 5 - year comparison of surgical outcomes.
Zheng CR, Mazur P, Arghami A, et al. J Card Surg. 2022 Oct;37 (10):3267-3275.
- 2) Robotic repair of posterior mitral valve prolapse versus conventional approaches: Potential realized .
Mihaljevic T, Jarrett CM, Gillinov AM, et al. J Thorac Cardiovasc Surg. 2011 Jan;141 (1):72-80.
- 3) Benefits of robotically-assisted surgery for complex mitral valve repair.
Fujita T, Kakuta T, Kawamoto N, et al. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2021 Apr;32 (3):417-425.

◆編集後記

広報委員会 委員長 河野 匡



異常気象が、日常の気象になりつつあるなどと言われておりますが、それでも尋常ではないこの夏の気候で皆様の体調が崩れないように願っております。夏にお届けする外保連ニュース、今回は第44号をお届けします。

今号では先日行われた厚生労働省のヒアリングについて、渡邊実務委員長からロボット支援手術や物価高騰で価格が上昇している特定保険医療材料への対応、複数手術の取り扱いなどについての議論があったことなどが紹介されました。

また、先日の記者懇談会で発表していただいた話題の中で、日本外科学会の池田NCD代表理事からNCDのデータからわが国の外科医療の成績は米国で公表されているデータと比較しても優れていることや女性外科医の術者の成績が優れていること、集約化が望まれるが医師の適正は配置や集約化にNCDのデータが利用できると考えられることが紹介されました。日本消化器外科学会の比企ワークインライフ委員長から消化器外科医は2022年までの20年で20%減少し消化器外科学会は高齢化しており、集約化や待

遇改善などの対策が求められていることなどが紹介されました。日本救急医学会の織田労務管理委員長からは救急医の超過勤務が多く見られ、オンコールの待遇が不十分であること、救急医療の緊急度、重症度と施設の集約化とは両立が必ずしも容易ではないことなどが紹介されました。日本心臓血管外科学会の小野理事長、椎谷専門医機構代表幹事からは集約化を進めるについて集約化が患者の利益になり、外科医の労務環境の改善にも重要であること、アクセスが不良になっても集約化の利点が勝ること、外科医のインセンティブ確保を進めなければならないことなどが紹介されました。日本産科婦人科学会の亀井常務理事からは月の当直回数が8回程度と多く、学会員の高齢化が進んでいること、出生数の減少と物価の高騰などで収益が悪化する要因が重なっていること、集約化したほうが医療経済的には有効であ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－三保連の重点要求項目－』と題し、意見交換と内保連、外保連、看保連（三保連）共同提言を公表し、4月15日に厚生労働省へ正式に手交いたしました。詳細は外保連のホームページ(<https://www.gaihoren.jp>)をご覧ください。

◆事務局からのお知らせ

【新規加盟学会】

- ・日本ロボット外科学会
 - ・日本放射線腫瘍学会
- ※以上、現加盟学会数計121学会

【改正要望書】

2025年6月に厚生労働省へ要望しました「社会保険診療報酬に関する改正要望書」を収載した冊子（CDROM付）を製作しました。

外保連の改正要望書はそれぞれの領域の専門家と各委員会の努力によって、新しい医療の有効性や安全性をエビデンスに基づいて記載したものです。厚生労働省等が行う診療報酬改定に有用な資料であると考えます。

冊子（CDROM付）をご希望の方は事務局までお申し込み下さい。

【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。