

## Ⅳ. 社会貢献・責務

### 14. 保険診療委員会

委員長 吉野 一郎

#### 1. 令和8年度診療報酬改定について

令和8年度診療報酬改定に向けて、例年どおり「社会保険診療報酬に関する改正要望書」を作成し、令和7年5月に厚生労働省に提出することで保険診療報酬改正を要望した。

その後、厚生労働省より、外保連を通して改正要望書に対するヒアリング依頼があり、8月12日のヒアリングにおいて、外保連、日本臨床外科学会と合同で、①「手術通則14の改正」、②「自動縫合器・吻合器加算の適応拡大」を強く要望した。

#### 2. 医薬品・医療機器の供給停止（販売中止）について

厚生労働省・製薬会社などから本学会に医薬品・医療機器の供給停止（販売中止）についての意見の照会を受けた場合には、シェア率などを確認の上で随時対応している。

#### 3. 外科領域における基礎的輸液の必要性についての要望書について

輸液製剤協議会の依頼を受けて、前例に倣い、厚生労働省に要望書（197頁）を提出した。

#### 4. その他

恒常的な活動として、外保連の手術委員会、処置委員会、検査委員会、麻酔委員会、内視鏡委員会、実務委員会の委員として、保険医療の適正化および外保連試案改訂（「外保連試案2026」；令和8年1月発行）などに参加した。

#### 1) 一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合（外保連）

会長 瀬戸 泰之

#### 1. 令和8年4月現在125学会が加盟している

会 長：瀬戸泰之

会長補佐：川瀬弘一，渡邊雅之

名誉会長：山口俊晴，岩中 督

顧 問：木村泰三，関口順輔，出口修宏，土器屋卓志，松下 隆，水沼仁孝，矢永勝彦，田中雅夫，  
竹中 洋

監 事：山田芳嗣，小寺泰弘

手術委員長：川瀬弘一

処置委員長：平泉 裕

検査委員長：土田敬明

麻酔委員長：森崎 浩

内視鏡委員長：清水伸幸

実務委員長：渡邊雅之

規約委員長：河野 匡

広報委員長：河野 匡

総務委員長：甲賀かをり

財務委員長：川瀬弘一

運営委員：池上 徹，石原聡一郎，井田正博，岩瀬嘉志，田中裕次郎，西井 修，西田 博，  
比企直樹，富士幸蔵，横田美幸，和田則仁

## 2. 令和7年度事業報告

### ■委員会別報告

手術委員会：外保連手術試案第9.5版を発行した。

手術試案の精緻化のための実態調査結果（2,305施設依頼719施設回答：361,135症例（回答率31.2%，前回調査と同じ回答率））の検討（今回，NCDやJOANRのデータも参照）をした。

コーディングワーキンググループ内のKコード整理に伴う整形外科領域のプロジェクトチームにおいて検討した，令和8年度診療報酬改定に向けた整形外科領域のKコード整理の検討の素案を厚生労働省に提出した。

医療材料・医療機器ワーキンググループの医療材料の実態調査を行った。

処置委員会：外保連処置試案第7.5版を発行した。

検査委員会：外保連生体検査試案第8.1版を発行した。

画像診断試案作成ワーキンググループの検討，生体検査コーディングワーキンググループの検討をし，従来のJLAC10に準拠した15桁コードに加えて，手術試案のSTEM7に準拠した7桁コードを追加した構成にした。

生体検査に係わる医療材料ワーキンググループの医療材料の実態調査を行った。

内視鏡委員会：内保連合同で内視鏡試案第1.6版を発行した。

麻酔委員会：外保連麻酔試案第3.1版を発行した。

実務委員会：令和8年度社会保険診療報酬改定に向けて要望書を作成した。

広報委員会：外保連ニュースを発行した。記者懇談会を開催した。日本外科学会，日本臨床外科学会，日本内視鏡外科学会，日本心臓血管外科学会，日本胸部外科学会やそのほかの加盟学会の学術集会にて共催した。

総務委員会：人件費の算出の見直しを行った。

その他：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，医療機器・医療材料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適正な償還価格の見直し体制を要望した。

### ■実施日別報告

令和7年 1月22日 Kコード整理に伴う整形外科領域のプロジェクトチームが提出した素案をふまえて厚生労働省と意見交換した。

3月18日 令和7年度第1回外保連社員総会で役員，令和8年度社会保険診療報酬改定に向けての改正要望項目，外保連試案（手術第9.5版，処置第7.5版，生体検査第8.1版，内視鏡第1.6版，麻酔第3.1版）の概要について承認した。

- 4月25日 Kコード整理に伴う整形外科領域のプロジェクトチームが提出した素案をふまえて厚生労働省と意見交換した。
- 5月19日 記者懇談会を開催した。
- 6月6日 厚生労働省、日本医師会に改正要望書を提出した。
- 8月12日 改正要望書に対する厚生労働省のヒアリングの実施。
- 10月15日 Kコード整理に伴う整形外科領域のプロジェクトチームが提出した素案をふまえて厚生労働省と意見交換した。
- 11月11日 記者懇談会を開催した。
- 令和8年 1月19日 外保連試案2026（手術第9.5版、処置第7.5版、生体検査第8.1版、内視鏡第1.6版、麻酔第3.1版）を発行した。
- 3月4日 令和8年度社会保険診療報酬改定をうけて、今後の対応の打ち合わせをした。
- 3月12日 令和8年度第1回外保連社員総会で役員（前記）が承認された。

#### ■内保連、外保連、看保連（三保連）報告

- 令和7年3月6日 第24回三保連合同シンポジウム（内保連担当）を開催した。
- 令和8年6月19日 第25回三保連合同シンポジウム（看保連担当）を開催予定。

### 3. 令和8年度事業計画

手術委員会：手術試案第9.6版に向けて見直しの検討。

令和8年度診療報酬改定における整形外科領域のKコード整理の精査。

処置委員会：処置試案第7.6版に向けて見直しの検討。

検査委員会：生体検査試案第8.2版に向けて見直しの検討。

麻酔委員会：麻酔試案第3.2版に向けて見直しの検討。

内視鏡委員会：内視鏡試案第1.7版に向けて見直しの検討。

実務委員会：令和8年度社会保険診療報酬改定結果をうけての対応。

規約委員会：定款の変更、施行細則の改正検討。

広報委員会：外保連ニュースの発行、記者懇談会の開催、加盟学会の学術集会の共催。

その他：三保連シンポジウムの開催。

### 4. 令和8年度診療報酬改定について

令和8年度診療報酬改定率は、令和8年度及び9年度の平均で+3.09%と大幅プラス改定となった。このうち、+1.70%は賃上げ分、+0.76%は物価対応分、+0.09%は食費・光熱費分、+0.44%は令和6年度改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分とされている。昨今の病院経営の急激な悪化への対応をいただいたことに感謝の意を表したい。一方、医療技術の評価（外保連の要望）では（すべて現時点）、今回新設要望138項目中考慮されたのは43項目（採用率31%、前回：27%）、改正要望186項目中考慮されたのは40項目（採用率22%、前回：23%）であり、個別の要望項目に関しては厳しい改定であった。外保連としては、過去10年間増点されていない手術の増点を強く要望してきたが、今回、増点が認められたのは1,181術式中18件で、26%のアップであった。手術全体としても、増点は49件にとどまっており、次回の改定に向けて、技術料がより適切に評価されることに重点をおいて活動していくことを考えている。

今回の改定においては、医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進として、地域医療体制確保加算

2が新設された。この加算は若手医師数が減少傾向にある消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科に給与体系を含めた特別な配慮を行うことが要件となっている。また、外科医療確保特別加算として、長時間かつ高難度の手術に対して100分の15の加算が認められ、かつ当該加算額の30%以上は当該診療科の医師に支給することが施設基準に含められた。この加算の対象術式のほとんどは消化器外科領域の手術であり、減少が危惧されている消化器外科医に対するインセンティブの意味合いが強いものと考えられる。今後、消化器外科領域においては、このような加算を活用し、働き方改革を含めた体制を整備することで、若手医師の確保につなげることが求められる。

前回の改定で、外保連は、特に整形外科領域で基幹コードSTEM7を活用した診療報酬表Kコードの見直しを求めた。諸々の事情により前回は見送られることになったが、今回の改定においては、整形外科領域のKコードがSTEM7の分類に従って再編された。それぞれの手術点数は今回据え置かれたが、今後外保連試案の点数をもとに手術点数の適正化が図られることに期待したい。

今回、ロボット支援手術では新たに、鼠経ヘルニア手術を含む9術式が採択された。また、ロボット支援直腸切除・切断術が増点された。ロボット支援手術に対する今回改定の最も大きなポイントは高度急性期病院におけるロボット支援手術に対して、15,000点の内視鏡手術用支援機器加算が認められたことである。施設要件として、悪性腫瘍手術を中心として年間200例以上のロボット支援手術を行っていることが求められており、ロボット支援手術の集約化の方向性が示されたものと考えている。一方で、この加算は、ロボット支援手術における従来の内視鏡下手術を上回る消耗品の差額を埋めるものであり、ロボットの初期導入費用や高額な保守費用は考慮されていない。外保連としては、瀬戸会長を中心に手術室評価WGを立ち上げ、次回改定にむけて、手術室の人員配置、高額な手術室の評価、医療機器の減価償却費などを含む評価に関して検討を開始している。

これまで外保連は、診療報酬に対する外保連試案人件費や償還不可材料費率（割合）が大きい手術が多いことを指摘し改善を求めてきた。今回の改定でも著明な改善はなく、引き続き強く是正を求めている。

今回の診療報酬改定は近年にない大幅なプラス改定であり、人件費や物価高騰に対する対応以外にも、医師偏在対策やロボット支援手術の評価と集約化の方向性など、新たな方向性が示された。一方で、外保連が目指すそれぞれの外科手術に対する適正な評価に関しては不十分な内容であり、次回改定に向けて外科医療に対しての保険診療のさらなる充実を求めていく必要がある。

次回改定に向けて、外保連は各委員会が中心となり、精力的な活動に取り組んでいる。外保連活動を支えてくださっている多くの加盟学会ならびに各委員会委員、特に基軸学会である日本外科学会には引き続きのご支援をお願いしたい。

# 令和8年度診療報酬改定について 【医科全体版】

## 厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、今後正式に発出される告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

1

## 令和8年度診療報酬改定の基本方針の概要

### 改定に当たった基本認識

- ▶ 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性
- ▶ 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- ▶ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

### 改定の基本的視点と具体的方向性

<p><b>(1) 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応</b> 【重点課題】 【具体的方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応</li> <li>○賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組           <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療従事者の処遇改善</li> <li>・業務の効率化に資する ICT、AI、IoT等の利活用の推進</li> <li>・タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進</li> <li>・医師の働き方改革の推進/診療科偏在対策</li> <li>・診療報酬上求める基準の柔軟化</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: right;">等</p>	<p><b>(3) 安心・安全で質の高い医療の推進</b> 【具体的方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価</li> <li>○アウトカムにも着目した評価の推進</li> <li>○医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価</li> <li>○質の高いリハビリテーションの推進</li> <li>○重点的な対応が求められる分野（救急、小児・周産期等）への適切な評価</li> <li>○感染症対策や薬剤耐性対策の推進</li> <li>○口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進</li> <li>○地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化</li> <li>○イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等</li> </ul> <p style="text-align: right;">等</p>
<p><b>(2) 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進</b> 【具体的方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価</li> <li>○「治し、支える医療」の実現           <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価</li> <li>・円滑な入退院の実現</li> <li>・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進</li> </ul> </li> <li>○かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価</li> <li>○外来医療の機能分化と連携</li> <li>○質の高い在宅医療・訪問看護の確保</li> <li>○人口・医療資源の少ない地域への支援</li> <li>○医療従事者確保の制約が中で必要な医療機能を確保するための取組</li> <li>○医師の地域偏在対策の推進</li> </ul> <p style="text-align: right;">等</p>	<p><b>(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上</b> 【具体的方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○後発医薬品・バイオ後続品の使用促進</li> <li>○OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し</li> <li>○費用対効果評価制度の活用</li> <li>○市場実勢価格を踏まえた適正な評価</li> <li>○電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進</li> <li>○外来医療の機能分化と連携（再掲）</li> <li>○医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）</li> </ul> <p style="text-align: right;">等</p>

2

# 令和8年度診療報酬改定について (令和7年12月24日大臣折衝事項)

## 1. 診療報酬 +3.09% (R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%) (R8年6月施行)

- ※1 うち、賃上げ分 +1.70% (2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%)
  - ・ 医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2% (看護補助者、事務職員は5.7%) のペアを実現するための措置
  - ・ うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的対応
- ※2 うち、物価対応分 +0.76% (2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%)
  - ・ 特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62% (R8年度+0.41%、R9年度+0.82%) を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。(病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%)
  - ・ また、法定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院(大学病院を含む)が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的対応
- ※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09% (入院時の食費基準額の引上げ(40円/食)、光熱水費基準額の引上げ(60円/日))
  - ・ 患者負担の引上げ：食費は原則40円/食(低所得者は所得区分等に応じて20~30円/食)、光熱水費は原則60円(指定難病患者等は据え置き)
- ※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%
  - ・ 配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持(病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%)
- ※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 ▲0.15%
- ※6 うち、※1~5以外の分 +0.25% 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

## 2. 薬価等

- 薬価： ▲0.86% (R8年4月施行)
- 材料価格： ▲0.01% (R8年6月施行)
- 合計： ▲0.87%

## 3. 診療報酬制度関連事項

- ① R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ② 賃上げの実効性確保のための対応
- ③ 医師偏在対策のための対応
- ④ 更なる経営情報の見える化のための対応

## 4. 薬価制度関連事項

- ① R8年度薬価制度改革及びR9年度の薬価改定の実施
- ② 費用対効果評価制度の更なる活用

# 令和8年度医療診療報酬改定の主なポイント

## 1. 賃上げや物価への対応

- 賃上げに向けた評価
  - ・ 令和8・9年度での各3.2% (看護補助者等は5.7%) の賃上げに向けたベースアップ評価料の見直し(点数の見直し、夜勤手当への充当を可能にする)
- 物価動向への対応
  - ・ 令和8・9年度の物価上昇に対応する「物価対応料」の創設、入院時の食費・光熱水費基準額の引上げ 等

## 2. 急性期・高度急性期入院医療の見直し

- 急性期・高度急性期の医療機能に応じた評価の見直し
  - ・ 急性期病院一般入院基本料の新設、特定機能病院入院基本料の見直し
  - ・ 急性期総合体制加算の新設(既存評価を改組し、総合性と手術等の集積性を持つ病院を評価)
  - ・ 特定集中治療室管理料等の見直し(救急搬送や全身麻酔を実績要件化)
- 多職種が病棟で協働する体制の評価

## 3. 包括期・慢性期入院医療の見直し

- 「治し、支える医療」の実現に向けた各評価の見直し
  - ・ 地域包括医療病棟の見直し(高齢者特性に配慮した要件見直しなど)
  - ・ 回復期リハビリテーション病棟の見直し(実績指数要件の対象拡大など)
  - ・ 療養病棟入院基本料の医療区分要件の見直し
- 質の高い包括期入院医療の評価
  - ・ 生活に配慮した支援を強化するための入退院支援加算1の引上げ
  - ・ 身体的拘束の最小化を組織的に行う際の評価の新設

## 4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取組み

- ICT等の活用による業務効率化・負担軽減
  - ・ 見守りや記録等でICTを組織的に活用した際の看護配置基準の柔軟化
  - ・ 生成AI等を組織的に活用した際の医師事務作業補助体制加算の柔軟化
- やむを得ない事情で看護要員が不足する場合の取組の柔軟化

## 5. 人口の少ない地域・医師偏在対策

- 人口少数地域で医療提供機能を確保するための評価の新設
  - ・ 医療提供機能連携確保加算の新設(人口少数地域での外来・在宅医療の確保の支援や、緊急入院の受入体制がある病院を評価)
- 診療科偏在対策の推進
  - ・ 地域医療体制確保加算2の新設(若手医師が減少し、体制確保が必要な診療科の医師を対象として、勤務環境や処遇を改善する取組を評価)
  - ・ 外科医療確保特別加算の新設(長時間高難度手術の実施体制を整備し、外科医の勤務環境や処遇を改善しつつ手術を行う場合を評価)

## 6. 外来医療の機能分化・強化等

- 外来の機能分化の推進
  - ・ 特定機能病院等の外来診療料等の算算に係る逆紹介割合の基準の見直し
  - ・ 特定機能病院等からの紹介患者の初診に関する加算の新設
- 外来に係る評価の見直し
  - ・ 生活習慣病管理料の包括範囲や地域包括診療加算等の対象患者の見直し
  - ・ 時間外対応加算の引上げ、名称変更

## 7. 質の高い在宅医療の推進

- 在宅医療に関する評価の見直し
  - ・ 地域で在宅医療における積極的役割を担う医療機関の更なる評価
- 訪問看護に関する評価の見直し
  - ・ 同一建物に居住する利用者の人数等に応じたきめ細かな評価への見直し
  - ・ 地域と連携した精神科訪問看護体制を評価

## 8. 重点的な対応が求められる各分野での対応(救急、小児・周産期、精神医療、DX・オンライン診療など)

- 救急医療
  - ・ 救急外来医療の24時間提供体制の評価の拡充(救急外来医学管理料の新設)
  - ・ 救急患者連携搬送料について、民間救急等を活用した転院搬送や下り搬送の受入れ評価
- 小児・周産期医療
  - ・ 妊産婦にとって安心してできる療養環境の確保と妊娠・産後のケアを一貫して行う体制の評価(産科管理加算)
  - ・ 小児科以外で成人移行医療を実施の際に難病外来指導管理料を算定可
- 精神医療(続き)
  - ・ 急性期病院精神科棟入院料の新設(地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目し、体制整備も含めた入院料を新設する。)
  - ・ 精神科地域密着多機能体制加算の新設(小規模医療機関等で外来医療や障害福祉サービスを一体的に提供する取組を評価)
- 医療DX・オンライン診療の評価の見直し
  - ・ 電子的診療情報連携体制整備加算の新設(医療DXに係る評価を改組)
  - ・ D to P with Nでの訪問看護の同時実施可、別途訪問時の評価を新設

## 医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進①

### 地域医療体制確保加算の見直し

- 若手の医師数が減少しており、かつ、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、当該診療科の医師を対象として勤務環境・処遇改善を行うとともに、研修体制を整えている医療機関を新たに評価する。
- 特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師の、時間外・休日労働時間の上限に係る基準を見直す。

現行	改定後
【地域医療体制確保加算】 ・地域医療体制確保加算（新設） 620点	【地域医療体制確保加算】 1 地域医療体制確保加算1 620点 2 地域医療体制確保加算2 720点
【施設基準】 1 地域医療体制確保加算の施設基準 当該保険医療機関に勤務する対象医師の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。 ア 令和6年度においては、1,785時間以下 イ 令和7年度においては、1,710時間以下（新設）	【施設基準】 1 地域医療体制確保加算1の施設基準 当該保険医療機関に勤務する対象医師の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。 ア 令和8年度においては、1,635時間以下 イ 令和9年度においては、1,560時間以下 2 地域医療体制確保加算2の施設基準 ・特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。 ・若手医師数が減少傾向にある、消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科のうち、地域でも医師の確保が特に必要な診療科を3つ以内で特定（以下「特定診療科」という）し、以下の特別な配慮を行っていること。 ア 手術・高度な医療に関する機能分化・集約について、地域の他の保険医療機関と協議していること。 イ 専門研修等を地域の他の保険医療機関と連携して行う等、医師の育成を図るための取組を実施していること。 ウ 特定診療科の医師の給与体系に、他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っていること。 ・特定診療科において、交代勤務制又はチーム制による勤務環境改善の取組とともに、以下のいずれかの取組を実施していること。 ア 医師事務作業補助体制加算における医師事務作業補助者が、全ての特定診療科の病棟又は外来に配置されていること。 イ 各特定診療科の術前術後の管理等に携わる看護職員について、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること。

51

## 医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進②

### 外科医療確保特別加算の新設

- 地域の基幹的な医療機関において、高度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境の改善を図った上で、当該手術を実施した場合の加算を新設する。

（新） 外科医療確保特別加算 （1回につき）

#### 【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、長時間かつ高難度な手術を実施した場合であって、対象診療科の医師が、当該手術を行ったときは、外科医療確保特別加算として、当該手術の所定点数の100分の15に相当する点数を加算する。

#### 【施設基準】

- （1） 外科医療確保特別加算を算定する診療科を届け出ていること。
- （2） 特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。
- （3） 医科点数表第2章第10部に掲げる長時間かつ高難度な手術を合わせて年間200例以上実施していること。
- （4） 当該加算を算定する全ての診療科において、以下の全てを実施していること。
  - ア 当該診療科の経験を5年以上有する常勤の医師が6名以上配置されていること。
  - イ チーム制又は交代勤務制を導入していること。
  - ウ 当該診療科に配置されている常勤の医師については、特定対象医師（B水準、連携B水準又はC水準が適用される医師）であるかどうかにかかわらず、特定対象医師に対するものと同様の勤務間インターバル及び代償休息を確保すること。また、宿日直勤務中の労働について、宿日直勤務後の休息時間を確保するよう配慮していること。
- （5） 他の保険医療機関との連携体制について、次のいずれにも該当していること。
  - ア 地域の他の保険医療機関と、対象手術の実施体制及び術後フォローアップの体制等について、事前に協議を行っていること。
  - イ 当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関において、対象手術の実施体制及び術後のフォローアップ体制等に係る協議内容について、公表するとともに、当該患者に説明していること。
- （6） 外科医療確保特別加算を算定する診療科の専門研修体制が整備されていること。
- （7） 外科医療確保特別加算を算定する診療科は、地域医療体制確保加算2において処遇等に係る配慮を行っている診療科（特定診療科）であること。
- （8） 当該診療科の医師が行った対象手術件数に応じ、休日・時間外・深夜手当、当直手当等とは別に、当該加算額の100分の30以上に相当する手当を当該診療科の医師に支給（その8割以上を常勤医師に支給）しており、全ての医師に周知していること。

52

## 医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進③

### 処置及び手術の休日加算1等の要件の見直し

➤ 医師の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術に係る休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の要件を見直す。

#### 現行

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】  
 【施設基準】  
 ア 当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。  
 (1) (略)  
 (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。  
 ア 休日、時間外又は深夜(以下「休日等」という。)において、当該診療科に配置されている医師の数が5名又はその端数を増すことにより1名の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。  
 イ (略)  
 ウ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。(新設)  
 エ (略)  
 オ～キ (略)  
 (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。ただし、休日等において、当該診療科における緊急呼出し当番以外の医師の診療も必要な場合は、緊急呼出し当番以外医師も診療を行ってもよい。この場合、緊急呼出し当番以外の医師が夜勤時間帯において手術を行っている場合、(2)のアにおける当番等を行っている者としては数えないが、特定の医師に夜勤時間帯の手術が集中しないような配慮を行い、4の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に反映すること。



#### 改定後

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】  
 【施設基準】  
 ア 当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。  
 (1) (略)  
 (2) チーム制を導入しており、ア及びイの事項、ウ又はエの事項並びにオからキまでの事項のいずれも実施していること。  
 ア 休日、時間外又は深夜(以下「休日等」という。)において、2名以上(当該診療科に配置されている医師の数が5名未満の場合は1名以上)の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。  
 イ (略)  
 ウ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。  
 エ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行う者については、特定対象医師(専攻科水準又は水準が適用される医師)であるかどうかにかかわらず、特定対象医師に対するものと同様の勤務間インターバル及び代替休息を確保すること。また、宿日直勤務中の労働について、宿日直勤務後の休憩時間を確保するよう配慮していること。  
 オ～キ (略)  
 (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、(1)の交代勤務制を導入している場合は、休日又は時間外において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。(削除)

## 高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設

### 内視鏡手術用支援機器加算の新設

➤ 内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、多数の手術を実施している保険医療機関における医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、悪性腫瘍手術及びそれに準じた手術のうち、内視鏡手術用支援機器を用いた手術の症例が年間200例以上である場合の評価を新設する。

#### (新) 内視鏡手術用支援機器加算

**15,000点**



[加算の対象となる手術(いずれも内視鏡手術用支援機器を用いるもの)]

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)</li> <li>・鏡視下喉頭悪性腫瘍手術</li> <li>・胸腔鏡下拡大胸腺摘出術</li> <li>・胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術</li> <li>・胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除、肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。)</li> <li>・胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術</li> <li>・縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術</li> <li>・胸腔鏡下弁形成術</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・胸腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術に限る。)</li> <li>・胸腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍手術に限る。)</li> <li>・胸腔鏡下胃全摘術(悪性腫瘍手術に限る。)</li> <li>・胸腔鏡下総胆管拡張症手術</li> <li>・胸腔鏡下肝切除術</li> <li>・胸腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術(脾体尾部切除の場合に限る。)</li> <li>・胸腔鏡下脾頭部腫瘍切除術</li> </ul> |
|---|--|

[主な施設基準]

- (1) 以下の内視鏡手術用支援機器を用いた手術を合わせて年間200例以上実施していること。  
 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除、肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。)、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術に限る。)、胸腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍手術に限る。)、胸腔鏡下胃全摘術(悪性腫瘍手術に限る。)、胸腔鏡下総胆管拡張症手術、胸腔鏡下肝切除術、胸腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術(脾体尾部切除の場合に限る。)、胸腔鏡下脾頭部腫瘍切除術、胸腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術、胸腔鏡下直腸切除・切断術、胸腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)、胸腔鏡下腎悪性腫瘍手術、胸腔鏡下尿管悪性腫瘍手術、胸腔鏡下腎盂形成手術、胸腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、胸腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、胸腔鏡下仙骨腔固定術、胸腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)
- (2) 内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、関連学会が行うレジストリにおける手術患者の長期予後情報の収集に参加していること。
- (3) 内視鏡手術用支援機器を用いた手術の前年の実績(症例数及び平均在院日数)について、ウェブサイトに掲載していること。 **363**

# 医療技術の適切な評価の全体像

- ▶ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術の保険導入及び既取載技術の再評価を行う。
- ▶ ロボット手術について、医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、特定のロボット手術年間症例が200例以上である場合に新たな評価を行う。
- ▶ 移植医療について、臓器提供機会の確保や移植実施体制強化を推進する観点から、院内の認定ドナーコーディネーターによる同意取得や、臓器提供施設・臓器あっせん機関等との連携を評価する。

## 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

- ▶ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術の保険導入及び既取載技術の再評価を行う。  
 (新) 腹腔鏡下胃腸大腸全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) 168,110点  
 (新) 自己免疫性脳炎に対する血漿交換療法 4,200点  
 元肺がん、大動脈/イリバス移植術 3 4物含以上のもの 102,250点
- ▶ 医療技術の体系的な分類について、STEM 7の分類に基づく解析結果を踏まえ、整形外科領域のKコードの分類を見直す。



## 既存技術の評価の見直し

- ▶ 外科的手術等の医療技術について、適正かつ実態に即した評価を行うため、外保取試案の評価等を参考に評価を見直す。  
 コンピューター断層撮影 1 CT撮影 1,100点  
 (新) イ128列以上の機器による場合 (2) その他 4,080点  
 経尿道的尿管ステント留置術
- ▶ 新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。  
 (新) 挿入型呼吸器留置術 4 胸部下挿入型リードを用いるもの 24,310点



## 高度急性期病院におけるロボット手術の評価

- ▶ 内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、多数の手術を実施している保険医療機関における医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、悪性腫瘍手術及びそれに準じた手術のうち、内視鏡手術用支援機器を用いた手術の症例が年間200例以上である場合の評価を新設する。  
 (新) 内視鏡手術用支援機器加算 15,000点



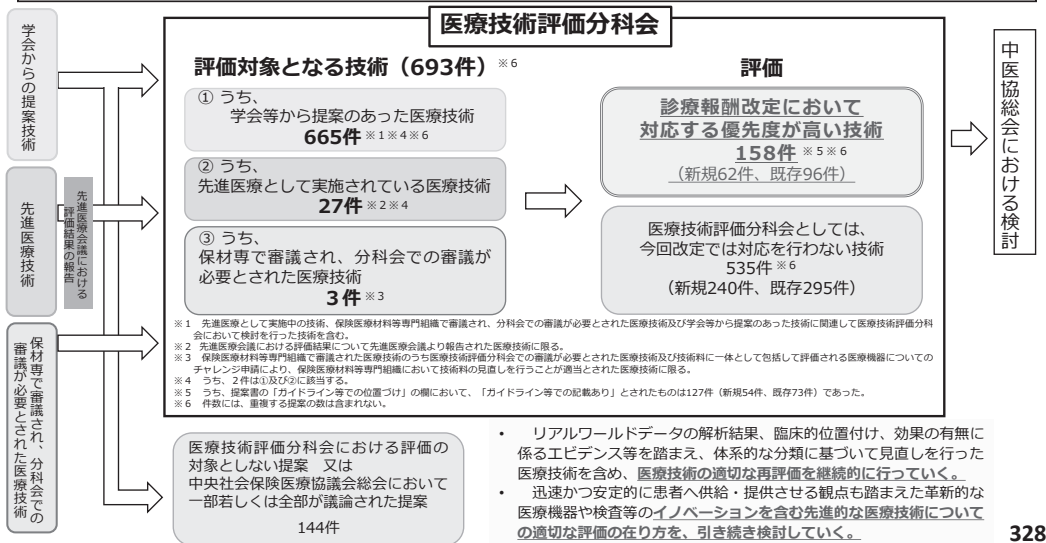
## 移植医療に係る評価の見直し

- ▶ 保険医療機関に配置された認定ドナーコーディネーターにより、臓器提供に係る同意取得が行われた場合の評価を新設する。  
 (新) 脳死臓器提供体制向上加算 5,000点
- ▶ 臓器移植を実施する体制の確保を推進する観点から、臓器提供施設及び臓器あっせん機関等と連携して、臓器採取術又は臓器移植術を行った場合について、臓器移植実施体制確保加算を新設する。  
 (新) 臓器移植実施体制確保加算 所定点数の100分の400



# 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応①

- ▶ 学会から提案のあった医療技術について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術及び保険医療材料等専門組織で審議された技術のうち医療技術評価分科会での審議が必要とされた技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価の見直し等を行う。



- リアルワールドデータの解析結果、臨床的位置付け、効果の有無に係るエビデンス等を踏まえ、体系的な分類に基づいて見直しを行った医療技術を含め、医療技術の適切な再評価を継続的に行っていく。
- 迅速かつ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえた革新的な医療機器や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術についての適切な評価の在り方を、引き続き検討していく。

## 手術等の医療技術の適切な評価①

## 既存技術の見直し

- 医療技術評価分科会における検討結果や外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案2026」における手術・処置・検査の技術度や所要時間、費用の調査結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う。

[見直しの例]

現行		改定後
超音波検査 3 心臓超音波検査 Ⅷ 経食道心エコー法	1,500点	1,800点
筋電図検査 筋電図 (1肢につき)	320点	384点
経皮的腎生検法	2,000点	2,400点
前立腺針生検法 その他のもの	1,540点	1,848点
超音波内視鏡下穿刺吸引生検法 (EUS-FNA)	4,800点	5,760点
造影剤注入手技 3 動脈造影カテーテル法 Ⅰ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合	3,600点	4,320点
胸腔穿刺 (洗浄, 注入及び排液を含む)	275点	330点
人工呼吸 3 5時間を超えた場合 (1日につき) Ⅰ 14日目まで	950点	1,140点
関節穿刺 (片側)	120点	144点
大動脈バルーンパンピング法 (IABP法) 1 初日	8,780点	10,536点
経尿道的尿管ステント留置術	3,400点	4,080点

356

## 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえた対応②

## 整形外科領域のKコードの再編

- 医療技術の体系的な分類について、外科系学会社会保険委員会連合の手術基幹コードであるSTEM7の分類に基づく解析により手術時間の差が明らかになったこと等を踏まえ、整形外科領域のKコードの分類を見直す。

[見直しを行う区分の例]

現行	改定後
【骨折観血的手術】	【骨折観血的手術】
1 肩甲骨、上腕、大腿 (新設)	1 肩甲骨骨折観血的手術 21,630点
2 前腕、下腿、手舟状骨 (新設)	2 上腕骨折観血的手術 21,630点
3 鎖骨、膝蓋骨、手 (舟状骨を除く。)、足、指 (手、足) その他 (新設)	3 大腿骨折観血的手術 21,630点
	4 前腕骨折観血的手術 18,370点
	5 下腿骨折観血的手術 18,370点
	6 手舟状骨骨折観血的手術 18,370点
	7 鎖骨骨折観血的手術 11,370点
	8 膝蓋骨骨折観血的手術 11,370点
	9 手根骨 (舟状骨を除く。) 骨折観血的手術 11,370点
	10 中手骨骨折観血的手術 11,370点
	11 手指骨骨折観血的手術 11,370点
	12 足根骨骨折観血的手術 11,370点
	13 中足骨骨折観血的手術 11,370点
	14 足趾骨骨折観血的手術 11,370点
	15 その他の骨折観血的手術 11,370点

353

## 全身麻酔の評価の見直し①

### 全身麻酔の評価の見直し①

- 安全で質の高い麻酔管理を評価する観点から、全身麻酔の評価について、区分番号L000からL001-2の1まで及びL007を統合し、短時間の鎮静に係る評価として「吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静」を新設する。

現行	改定後
<p>【第11部 麻酔】</p> <p>L000 迷おう麻酔 31点</p> <p>L001 筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔 120点</p> <p>L001-2 静脈麻酔</p> <p>1 短時間のもの 120点</p> <p>L007 開放点滴式全身麻酔 310点</p>	<p>【第11部 麻酔】</p> <p>(削除)</p> <p>L001 吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静</p> <p>1 10分未満のもの 120点</p> <p>2 10分以上20分未満のもの 310点</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p>

【算定要件 (通知)】抜粋

- 吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静とは、全身吸入麻酔剤を用いた吸入麻酔又は静脈注射用麻酔剤を用いた静脈麻酔であって、意識消失を伴うものをいう。
- 1及び2は、吸入麻酔又は静脈麻酔の実施の下、検査、画像診断、処置又は手術が行われた場合であって、麻酔の実施時間がそれぞれ10分未満及び10分以上20分未満の場合に算定する。

- 区分番号L008について、気道確保デバイスを用いた全身麻酔の評価であることを明確化するとともに、腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合の評価を見直す。

現行	改定後
<p>【第11部 麻酔】</p> <p>L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合 (1から3までに掲げる場合を除く。)</p> <p>イ 麻酔が困難な患者に行う場合 9,130点</p> <p>ロ イ以外の場合 6,610点</p>	<p>【第11部 麻酔】</p> <p>L008 声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合 (1から3までに掲げる場合を除く。)</p> <p>イ 麻酔が困難な患者に行う場合 9,015点</p> <p>ロ イ以外の場合 6,500点</p>

64

## 全身麻酔の評価の見直し②

### 全身麻酔の評価の見直し②

- 安全で質の高い麻酔管理を評価する観点及び深鎮静の評価を整理する観点から、全身麻酔の評価について、麻酔の深度、気道確保デバイスの有無及び麻酔管理体制に応じた評価としてL001-2の2及び3の評価を見直す。

現行	改定後
<p>【第11部 麻酔】</p> <p>L001-2 静脈麻酔</p> <p>2 十分な体制で行われる長時間のもの (単独の場合) 600点</p> <p>3 十分な体制で行われる長時間のもの (併発の場合) 1,100点</p> <p>注2 3については、静脈麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理報酬加算として、100点を所定点数に加算する。</p>	<p>【第11部 麻酔】</p> <p>L007 吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静 (声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの)</p> <p>1 麻酔に従事する医師が専従で実施する場合 2,600点</p> <p>2 麻酔に従事する医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合 1,700点</p> <p>3 麻酔を専従で実施する場合 900点</p> <p>4 1から3まで以外の場合 600点</p> <p>注3 1及び2について、実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、それぞれ780点、510点を所定点数に加算する。</p>

【算定要件 (通知)】抜粋

- 当該点数は、全身吸入麻酔剤を用いた吸入麻酔又は静脈注射用麻酔剤を用いた静脈麻酔であって、意識消失を伴い、気道確保について適切な管理を要するもの (声門上器具又は気管挿管による気道確保を除く。)を20分以上実施した場合に算定する。
- 1については、施設基準を満たす麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が深鎮静前後の診察を行い、かつ、専ら当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が、深鎮静を行うこと。
- 2については、施設基準を満たす麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている医師であって、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に麻酔を担当するもの (担当医師)又は当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が、深鎮静前後の診察を行い、担当医師が、深鎮静を行うこと。主要な麻酔手技を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行うこと。
- 3については、担当医師が、深鎮静前後の診察を行い、深鎮静を行った場合に算定する。
- 当該深鎮静を実施する際には、関係学会より示されている「安全な鎮静のためのプラクティカルガイド」に基づき適切に実施すること。

【施設基準 (通知)】抜粋

1 麻酔科標榜医が専従で実施する場合の施設基準

(1) 麻酔管理料 (I) を届け出ていること。

(2) 緊急時又は蘇生時に対応する体制として、夜間及び休日を含む連絡体制並びに機器及び機材の設置に係る手順書を事前に作成すること。当該手順書については、深鎮静を実施する全ての診療科及び麻酔科が協同して作成すること。

2 麻酔科標榜医の指導下で麻酔を専従で実施する場合の施設基準

(1) 麻酔管理料 (II) を届け出ていること。 (2) 1の (2) を満たすこと。

365

## 脳死臓器提供管理料の見直し

### 脳死臓器提供管理料の見直し

- 認定ドナーコーディネーターを保険医療機関に配置することにより、臓器提供を希望する国民の意思がより尊重され、脳死臓器提供機会の確保等に繋がることから、認定ドナーコーディネーターにより、臓器提供に係る同意取得が行われた場合について、**脳死臓器提供体制向上加算を新設**する。
- **法的脳死判定に当たって実施される脳血流を判定する画像診断及び法的脳死判定後にも継続して用いられる補助循環装置に係る費用**について、脳死臓器提供管理料に加算を設ける。

現行	改定後
<p><b>【脳死臓器提供管理料】</b>                      【算定要件】                      注 臓器提供者の脳死後に、臓器提供者の身体に対して行われる処置の費用は、所定点数に含まれる。</p>	<p><b>【脳死臓器提供管理料】</b>                      【算定要件】                      注1 臓器提供者の脳死後に、臓器提供者の身体に対して行われる処置の費用は、所定点数に含まれる。                      2 臓器提供に関する専門の知識を有する者が臓器提供に係る説明等を行った場合は、<b>脳死臓器提供体制向上加算として、5,000点を所定点数に加算する。</b>                      3 法的脳死判定に当たって、次に掲げる画像診断を実施した場合は、各区分に掲げる点数を合算した点数を、所定点数に加算する。                      イ 動脈造影カテーテル法 1,920点                      ロ シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影 800点                      ハ コンピューター断層撮影（造影剤を使用した場合） 720点                      4 臓器提供者に法的脳死判定日以後も継続して次に掲げる手術を実施した場合は、各区分に掲げる点数を合算した点数を、所定点数に加算する。                      イ 大動脈内バルーンパンピング法（IABP法） 2,420点                      ロ 人工心臓 1,720点                      ハ 体外式膜型人工肺 1,720点                      ニ 経皮的心肺補助法 1,790点                      ホ 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの） 2,110点                      ヘ 補助人工心臓 2,860点                      ト 小児補助人工心臓 4,960点                      チ 植込型補助人工心臓 2,860点</p>

366

## 移植医療に係る評価の見直し

### 臓器移植実施体制確保加算の新設

- 臓器移植を実施する体制の確保を推進する観点から、臓器提供施設及び臓器あっせん機関等と連携して、臓器採取術又は臓器移植術を行った場合について、**臓器移植実施体制確保加算を新設**する。

**【臓器移植実施体制確保加算】**  
 臓器採取術又は臓器移植術を算定する患者について、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400に相当する点数を加算する。

**【算定要件】**

- 臓器移植実施体制確保加算は、脳死又は心停止患者から提供された臓器について臓器採取術及び臓器移植術（以下この項において「臓器移植手術」という。）を実施する体制を確保及び維持するとともに、臓器移植手術の実施に向けた調整や準備を円滑かつ適切に実施することを評価したものであり、臓器あっせん機関からの打診があった場合には臓器移植手術を常時実施できる体制を確保するとともに、実際の受け入れに当たっては、「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）」に基づき、臓器提供施設及び臓器あっせん機関との間で臓器移植手術の実施に係る調整を行い、必要に応じ臓器移植手術を実施する他の保険医療機関と連携して、臓器移植手術を実施した場合に算定する。なお、臓器採取術と臓器移植術を実施した保険医療機関がそれぞれ異なる場合であっても、算定できる。
- 「所定点数」とは、手術料の各区分に掲げられた点数及び各区分の注に規定する加算（移植臓器提供加算を除く。）の合計をいい、通則の加算点数は含まない。

**【対象となる手術】**

- ・ 移植用肺採取術（死体）（両側）
- ・ 移植用肝採取術（死体）
- ・ 同種死体肺移植術
- ・ 同種死体肝移植術
- ・ 移植用心採取術
- ・ 移植用脾採取術（死体）
- ・ 同種心移植術
- ・ 同種死体脾移植術
- ・ 移植用心肺採取術
- ・ 移植用脾腎移植術（死体）
- ・ 同種心肺移植術
- ・ 同種死体腎移植術
- ・ 移植用腎採取術（死体）
- ・ 同種死体腎移植術



367

## 15. 医療安全管理委員会

委員長 大塚 将之

本会は「医療事故調査等支援団体」として「一般社団法人日本医療安全調査機構」に積極的な協力を継続している。昨年度は、一般社団法人日本医療安全調査機構のセンター調査のうち外科に関連した11件に協力している。

医療事故調査制度が周知されてきており、今後センター調査が増加する傾向となっている。代議員各位にも引き続き、継続的・積極的な協力をお願いする。

### 1) 一般社団法人日本医療安全調査機構

副理事長 武 富 紹 信

平成27年10月1日に施行された医療事故調査制度の支援センターとして平成27年8月17日、当機構が医療事故調査・支援センターとして指定を受けた。(平成27年8月17日付厚生労働省告示第348号)

本制度開始以降、医療事故報告件数は3,667件。院内調査の結果報告は3,259件。相談件数は、19,666件。センター調査の依頼は318件となっている。

なお、医療事故の再発防止に向けた提言として令和7年度は第21号を公表した。

第21号 産科危機的出血に係る妊産婦死亡事例の分析

## 16. 倫理委員会

委員長 齋 木 佳 克

### 1. 「日本外科学会学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針」について

令和6年度に、今後の本会の「学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針」は、日本医学会連合の「学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針」に倣うこととなり、令和6年3月18日付でカテゴリー分類、Q&A、およびチェックリストの改訂版をホームページで公開した上で、第125回定期学術集会(於：仙台市)の演題応募より適用を開始した。

### 2. 調査委員会について

厚生労働省より不正行為を行った医師に対して行政処分が下されているが、本会としても行政処分が下された本会会員には、定款第9条に基づき、懲戒処分の手続きを行っている。

対象会員には、行政処分で下された戒告や医業停止の期間に合わせて、嚴重注意や学会活動停止の懲戒処分を予定し、定款施行細則第9号の会員懲戒規則に則り、調査委員会を行い調査しているが、令和7(2025)年度の懲戒処分者は、4名であった。

### 3. 「医療倫理講習会」について

「令和3年度医療倫理講習会」を、本会eラーニングを活用して配信しており、令和5（2023）年度より「令和5年度医療倫理講習会（医療になぜ倫理が必要か）」の配信中である。

### 4. 「日本外科学会学術集会における演題取り下げにおける規定」について

令和6（2024）年度に「日本外科学会学術集会における演題取り下げにおける規定」を新たに作成し、第125回定期学術集会（於：仙台市）より適用を開始した。

### 5. 着床前遺伝学的検査（PGT-M）審査小委員会について

令和3（2021）年度に日本産科婦人科学会から着床前遺伝学的検査（PGT-M）についての審査協力依頼があり、審査にあたって本学会が意見照会を受けた場合には、速やかに回答できるように倫理委員会内に小委員会を設置した。

令和7（2025）年度には、本会に関わる2件の依頼があり、所定の意見書Aを提出した。

## 17. 外科医労働環境改善委員会

委員長 掛地 吉弘

### 1. NCDを用いた持続可能な外科医療体制構築のための調査研究について

医師の地域偏在対策の検討に資するため、武富理事長を研究代表者として、NCDの協力を得た上で「NCDデータを用いた持続可能な外科医療体制構築のための調査研究」を行い、研究結果は英文雑誌に投稿中である。

### 2. 「PAやNPなどの中間的医療職種の国家資格制度実現に向けた活動」WGの活動報告について

日本心臓血管外科学会が中心となって取り組んでいるPAやNPなどの中間的医療職種の国家資格制度実現に向けた活動について、三浦崇代議員を通じて日本外科学会に協力が要請されたことにより、委員会内にWGを設置して、協力することとした。

### 3. 厚生労働省「医師の働き方改革の制度におけるC-2水準審査業務」について

令和6（2024）年4月より施行された医師の働き方改革に伴い、労働時間が年1,860時間未満の集中的技能向上水準（C-2水準）が設けられるにあたり、今後は対象となる技能および病院を定めることが義務付けられ、その病院内でどの医師にC-2水準を認めてよいのか、厚生労働省での審査をもって、個人の医師の単位で承認されることが必要となっている。

この審査業務においてはその事前審査として、基本領域学会の一つとして本学会も協力を求められており、令和7年度も引き続き本委員会内のWGが担当し、令和7（2025）年2月から令和8（2026）年1月にかけては、個人の技能研修計画2件について事前審査を行った。また、厚生労働省が開催する2回のC-2水準審査委員会に参加した。

## 18. ダイバーシティ推進委員会

委員長 山内 英子

### 1. 座長候補者のリストについて

定期学術集会の座長などに女性や若手を積極的に起用してもらうため、座長候補者リストを作成して、各会頭に申し送った。このリストは毎年更新の予定である。

### 2. 邦文誌の執筆者の推薦について

日本外科学会雑誌の企画「誰もが輝ける外科の未来へ」の執筆候補者を邦文誌編集委員会に推薦した。

### 3. 第125回企画「外科の魅力を語ろう」の周知について

昨年の定期学術集会の第125回企画「外科の魅力を語ろう」の内容を会員に教材などとして有効的に活用するように呼び掛けるため、周知を行うと共に、講演者に医師・医学生向けのスライド共有サイト「Antaa Slide」にスライドをアップロードしてもらえるように依頼した。

### 4. 外科医の定年後のキャリアとライフスタイルに関するアンケートについて

外科医が減少している昨今、定年後のキャリアについて、対象をシニアのみならず若手も対象として、どのように考えるかということも含めてアンケート調査を行う。

得られたデータを基に、論文として公表したり、国への提言へと繋げていくことを検討している。

## 19. CST 推進委員会

委員長 波多野 悦朗

### 1. 審査について

令和7(2025)年度は37大学から計454コースの報告があった。本委員会で審査を行った結果、264コースは承認としたが、168コースを条件付き承認とし、22コースに報告内容の不備等があったため、いずれも修正の上で再報告を求めた。

### 2. サイトビジットについて

令和6(2024)年度のカST報告の内容に疑義が多かった大阪歯科大学に、初めてのサイトビジットを行った。その結果、大阪歯科大学におけるCSTは、学内委員会の承認および十分な倫理的配慮のもとで実施されており、献体管理ならびに会計処理についても適切に行われていることを確認した。

一方で、講師謝金の算定基準の明確化、実施責任者体制の整備、ならびにCOI開示や参加費の透明性確保などについては、なお改善の余地があると指摘された。

これらの課題に対応するため、大阪歯科大学では令和7(2025)年度のカSTを一時的に中止し、体制の再整備を進める方針であることが報告された。

これらを受けて、歯科大学によるCSTの実施は、国内においても極めて貴重な取り組みでもあることから、今後、大阪歯科大学のカSTが安全かつ倫理的に適正な体制のもとで一層発展することを期待し、「条

件付き承認」とする旨の通知を発出した。

### 3. 厚生労働科学研究費について

厚生労働行政推進調査事業「献体による効果的医療技術教育システムの普及促進に関する研究」を受託しているが、令和8(2026)年3月末で2年計画が終了となるので、研究結果をとりまとめて厚生労働省へ報告した。

引き続き、令和8(2026)年4月以降も、厚生労働省により「解剖体による効果的医療技術教育の適切な実施に関する研究」が3年計画として用意されたので、本会がこれを受託し、3年計画の1年目にあたる令和8(2026)年度は、「臨床医学の教育及び研究における死体解剖のガイドライン」等の見直しに必要な事項を整理することを目的として、本研究を実施する。

### 4. 美容外科医による不適切行為に対する共同声明について

令和6(2024)年12月に発生した美容外科医が海外におけるCSTの様子を、ご遺体が写り込んだ写真とともにSNSへ投稿するという倫理的に不適切な事案が発生したことを受け、本学会CST推進委員会に参加する関連学会および関係団体の連名で、「臨床医学・歯学の教育及び研究におけるご遺体の取扱いに関する共同声明」を令和7(2025)年9月5日付で発出した(198~200頁)。

本共同声明は既に本会ホームページおよび日本医学会連合のホームページに掲載されており、他の学会でも周知されている。

### 5. CST事業の法人化について

平成24年2月の「臨床医学の教育及び研究における死体解剖のガイドライン」の公開以降、本会が中心となってCadaver Surgical Training(CST)の報告業務をとりまとめてきたが、近年、外科以外の領域を行う研修が増えてきており、本会の範疇を超えてきていることが課題となっていた。

そこで、各学会、日本医学会連合、日本歯科医学会連合、全国医学部長病院長会議、歯科大学学長・学部長会議、篤志解剖全国連合会、厚生労働省に協力いただき、現在、年内の設立登記を目指し、CST事業の法人設立準備委員会を、定款や予算案などの具体的な検討を進めているところである。

## 20. 遠隔手術実施推進委員会

委員長 森 正 樹

本学会の「遠隔手術ガイドライン」の精緻化を目的としてAMEDに採択された「高度遠隔医療ネットワーク実用化研究事業」の報告書を提出し、実証実験を行った結果を基に策定した「遠隔手術ガイドライン第2版」を、令和7(2025)年12月にホームページなどで公開した。

引き続き、厚生労働省「医療技術等国際展開推進事業」において「モンゴルと日本間での遠隔手術指導と遠隔手術の確立」の事業が採択されたので、令和7(2025)年8月から9月にかけて相互訪問を行うなど、事業を進めている。

その他、社会実装に向けて関係省庁や関連学会、手術支援ロボットや通信の企業などと調整を行うと共に、令和8(2026)年3月1日に福岡市で市民公開講座「医療の未来はここまで来た！ロボットと遠隔でつながる手術最前線」を開催した。

## 21. コロナウイルス対策委員会

委員長 武 富 紹 信

日本医学会連合の厚生労働行政調査推進事業「新型コロナウイルス感染症による医学・医療・健康に与えた全般的影響の総括研究—今後の医療・保健制度構築の観点から—」が終了し、研究の総括の発表も行われたので、本学会のコロナウイルス対策委員会の活動も終了とした。

## 22. 外傷外科医養成研修実施委員会

委員長 松 原 久 裕

### 1. 厚生労働省補助金事業「外傷外科医等養成研修事業」について

令和7年度も実施者として、これまで同様に本学会が採択された。本事業として外科専門医1名と看護師1名によるペア31組を対象に、座学研修会およびoff-the-job trainingによる研修を開催した。また、前年度より更に高い水準の研修会を実施できるように、新たに麻酔科医を含めたトリオでの参加も募ったところ、10名の麻酔科医が参加した。本年度も座学研修会の中の多数の講義を事前にeラーニングとして配信し、当日はディスカッションをメインとして実施した。また、本委員会ではこれまで9年に亘り本事業を実施し、800名近い修了者を育成している。次年度以降の継続に向け、本年度も修了者からファシリテーターの育成を行った。本年度の研修修了者の名簿は、厚生労働省に提出し、ホームページに掲載済みである。

### 2. TSAT (Trauma Surgical Assistant Team ; 外傷外科手術派遣隊) について

これまでの「外傷外科医等養成研修事業」の修了者の活用が課題となっていたが、その一環として、TSAT (Trauma Surgical Assistant Team ; 外傷外科手術派遣隊) を本学会内の別組織として新たに立ち上げた。令和5 (2023) 年4月に開催されたG7広島サミットに試行を兼ねた派遣を行った。令和7年度は大阪にて開催された大阪・関西万博の開会式および閉会式における派遣要請を受けて、2度の派遣を行った。これらの経験を踏まえ、本格稼働開始に向けて体制整備などの具体的な検討を行い、TSAT活動要領などを策定した(次頁以降)。また、令和7 (2025) 年11月には初めてのTSAT派遣研修を開始した。今後は、更に認知度を高める必要がある。更なる要請に対応するために、体制強化を図ると共に引き続き厚生労働省などにも協力を依頼していく予定である。

## 日本外科学会 TSAT 活動要領

### I 概要

#### 1. TSAT (Trauma surgery assistance team)とは、

- (1) 大規模イベントや国際的会議などにおける外傷を伴う多数傷病者発生に対して、迅速な外科的治療提供の支援を行う外傷外科チームが TSAT である。TSAT は日常的に発生し得る外傷外科症例を所属医療機関において円滑に実施できる体制を構築し、これを実践できるチームであるとともに、全国の TSAT 隊員と連携して、外傷外科手術を必要とする多数傷病者事案に対応し、外傷外科診療を提供するチームである。
- (2) 大規模イベントにとどまらず、様々な状況において外傷外科手術を必要とする傷病者が発生すると予想される場合にも対応することが想定される。
- (3) TSAT は自身の医療機関における外傷外科診療力の強化に関する活動を行う。
- (4) 大規模イベント等で多数傷病者が発生しうる状況において、開催地医療機関等に外傷外科診療体制の強化を支援するため、派遣活動を行う。
- (5) 派遣決定時の TSAT 受け入れ医療機関となった場合、TSAT 派遣隊と連携して外傷外科診療体制の強化とその実践を行う。
- (6) TSAT 派遣隊は、医療機関の他、多数傷病者が発生すると思われるイベント会場の近隣等に手術可能なドクターカー等を使用した派遣活動も行う。
- (7) 大規模災害時には、日本 DMAT と連携した活動を行うことも想定される。
- (8) TSAT 隊員は、厚生労働省事業である外傷外科医等養成研修事業において養成された受講者で構成する。

#### 2. 運用の基本方針

- (1) TSAT 隊員の役割は、所属医療機関における外傷外科診療レベルの向上と傷病者受け入れ診療体制の構築を日々の活動とする。
- (2) TSAT 隊員は、大規模イベント等で必要とされる外傷外科診療体制の構築に協力する。
- (3) TSAT 隊員は、大規模イベント等で外傷外科診療体制支援のために派遣される TSAT 派遣隊員の受け入れ体制の構築に協力する。
- (4) TSAT 派遣隊員は、大規模イベント等の主催者並びに行政機関等からの要請を受けた日本外科学会 TSAT 事務局を介して、外傷外科診療体制の支援のため当該地域への派遣活動を行う。
- (5) 日本外科学会 TSAT 事務局は、TSAT 隊員の所属医療機関の長に対して派遣依頼要請を行い、了承が得られた場合に隊員の派遣指示を行う。

- (6) TSAT の活動は、日本外科学会 TSAT 事務局において策定された派遣計画等に基づくものとする。

## II 用語の定義

### 1. TSAT

- (1) TSAT とは、外傷外科手術を必要とされる様々なイベント等において外傷外科診療体制構築の支援と診療提供を行う外傷外科手術医療チームである。
- (2) TSAT1 隊の構成は、外傷外科医 1 名、看護師 1 名を基本とする。
- (3) 実際の手術チームは TSAT 数隊で構成する。
- (4) TSAT は、日常的には所属医療機関において外傷外科診療の強化とその診療提供をおこなうための活動を行うとともに、様々なイベント等で外傷外科診療が必要とされる環境において、他医療機関の派遣 TSAT 隊員と連携して、イベント開催時等の外傷外科診療体制の構築とその支援を行う。
- (5) 日本外科学会 TSAT 事務局は、日本外科学会外傷外科医養成研修実施委員会の下部組織として構築された TSAT 運用業務を担当する。

### 2. TSAT 隊員

- (1) TSAT 隊員（登録者）は、厚生労働省外傷外科医等養成研修の終了者のうち TSAT 活動の意思を表明した医師と看護師で構成する。
- (2) TSAT 隊員には、TSAT 隊員証が交付される。
- (3) TSAT の隊員は、自施設の外傷外科診療体制の整備とその実践を主たる業務とする TSAT 隊員、派遣業務に従事することができる TSAT 派遣隊員、TSAT 隊員の教育を行う TSAT 指導隊員、TSAT 派遣隊を統括する統括 TSAT 隊員とで構成する。
- (4) TSAT 指導隊員（TSAT 指導医師および TSAT 指導看護師）は、TSAT の隊員養成研修および派遣研修において指導を行う隊員であり、日本外科学会 TSAT 事務局からこれを認定する。
- (5) 統括 TSAT 隊員は、TSAT 派遣事業においてその統括業務を行う責任者としての隊員であり、日本外科学会 TSAT 事務局がこれを指名する。
- (6) 統括 TSAT 隊員は、外傷外科医等養成研修、TSAT 派遣研修、TSAT 技能維持研修等の隊員教育とその体制整備に関する助言等を行う。
- (7) TSAT 派遣時には医師および看護師以外の医療職員を必要に応じて臨時隊員として派遣を行うことがある。

### 3. TSAT の活動

- (1) TSAT は所属施設における日常的な外傷外科診療体制の構築と全身麻酔等を必要とする手術治療の提供を行う。

- (2) TSAT 派遣隊員は、開催されるイベント開催者等の要請に応じて外傷外科手術体制構築と全身麻酔を必要とする手術治療のため、TSAT 事務局からの派遣指示により開催地等での派遣活動を行う。
  - (3) TSAT 派遣隊員は、派遣先医療機関等と良好な関係を維持し外傷外科診療体制の構築に協力する。
4. TSAT 指導隊員 (TSAT 指導医師、TSAT 指導看護師)
- (1) TSAT 指導隊員は、外傷外科医等養成研修、派遣研修および技能維持研修等の TSAT の研修に関わる指導を行う。
  - (2) TSAT 指導隊員は、TSAT 隊員であり、各種研修の指導ができると TSAT 事務局により認定されたものとする。
  - (3) TSAT 指導隊員には以下の役割が期待される。
    - ・外傷外科医等養成研修、派遣研修および技能維持研修等の TSAT 研修の講師、インストラクターおよびファシリテーターとその運営
    - ・TSAT 派遣業務における協力と運営
  - (4) 認定要件および更新要件は別に定める。
5. 統括 TSAT 隊員
- (1) 統括 TSAT 隊員は、すべての TSAT 隊員を統括して外傷外科手術診療が円滑に実施できるよう指揮および運用を行う。
  - (2) 統括 TSAT 隊員は、派遣要請があった場合、現地等での TSAT 活動の責任者として現場の統括業務を行う。
  - (3) 統括 TSAT 隊員の認定要件は別に定める。
6. 現地 TSAT 本部
- (1) TSAT 本部は、統括 TSAT 隊員を本部長とし現場における TSAT の活動を支援する。
  - (2) TSAT 本部は、日本外科学会 TSAT 事務局内もしくは派遣先等に設置し、TSAT 隊員の活動を指揮支援し円滑な活動に努める。

## TSAT 養成研修（厚労省外傷外科医等養成研修）ファシリテーターの要件

TSAT 養成研修暫定指導者要件(以下のいずれかを満たすもの):

- ① TSAT 養成研修講師経験者
- ② TSAT 養成研修ファシリテーター経験者
- ③ 日本外科学会外傷外科医養成研修実施委員会委員

※TSAT 養成研修暫定指導者は、2027 年度より TSAT 養成研修ファシリテーターとして認定する。

※本暫定制度は 2026 年度まで適応とする

2027 年度以降の TSAT 養成研修ファシリテーターの要件は以下の通りとする。

## TSAT 養成研修（外傷外科医等養成研修）のファシリテーターの要件

以下のすべてを満たしたものを TSAT 養成研修ファシリテーターと認定する。

- ① TSAT 養成研修を終了したもの(TSAT 隊員であること)
- ② TSAT 養成研修にファシリテーター見習いとして 2 回以上参加したもの

## TSAT 指導隊員（TSAT 指導医師および TSAT 指導看護師）の認定要件

以下の全てを満たしたものを TSAT 指導隊員と認定する。

- ① TSAT 養成研修において認定ファシリテーターとして 3 回以上参加したもの
- ② TSAT 派遣研修において認定ファシリテーターとして 2 回以上参加したもの

## TSAT の資格更新制度案

TSAT 隊員は定期的に知識のブラッシュアップを行う必要がある。

このため、**資格期間を5年間**とし、5年ごとに更新を必要とする体制にする。

### TSAT 隊員更新のための要件：

以下の全て要件を満たしたものを更新認定する。

医師：

- 1) TSAT 隊員を継続する意志があること
- 2) 日本外科学会会員の外科医であること。
- 3) 5年間に外傷外科医等養成研修または TSAT 派遣研修に講師、タスクまたはファシリテーターとして1回以上参加していること
- 4) 5年間に1回 TSAT 隊員技能維持研修に参加もしくは同研修の指導をしていること

看護師：

- 1) TSAT 隊員を継続する意志があること
- 2) 日本外科学会準会員の看護師であること
- 3) 5年間に外傷外科医等養成研修または TSAT 派遣研修に講師、タスクまたはファシリテーターとして1回以上参加していること
- 4) 5年間に1回 TSAT 隊員技能維持研修に参加もしくは同研修の指導をしていること

TSAT 技能維持研修は1日程度の集合型研修とし、制度の復習、外傷外科治療の知識のブラッシュアップ、派遣における制度の復習、などを行う。

更新研修の内容：

- 1) TSAT の運用体制について
- 2) TSAT 派遣の仕組みと指揮系統（受援を中心）
- 3) 外傷外科手術の手技に関する講習
- 4) 医療機関での外傷外科診療体制の構築
- 5) TSAT 受け入れ医療機関で構築すべき体制
- 6) 院内での TSAT 活動の机上シミュレーション

### TSAT 派遣隊員更新のための要件：

以下の全て要件を満たしたものを更新認定する。なお、TSAT 派遣隊員の更新をしたものは、TSAT 隊員資格も更新するものとする。

医師：

- 1) TSAT 派遣隊員を継続する意志があること
- 2) 日本外科学会会員の外科医であること。
- 3) 5年間に TSAT 派遣研修に講師、タスクまたはファシリテーターとして 1 回以上参加していること
- 4) 5年間に 1 回 TSAT 派遣隊員技能維持研修に参加もしくは同研修の指導をしていること

看護師：

- 1) TSAT 派遣隊員を継続する意志があること
- 2) 日本外科学会準会員の看護師であること
- 3) 5年間に TSAT 派遣研修に講師、タスクまたはファシリテーターとして 1 回以上参加していること
- 4) 5年間に 1 回 TSAT 派遣隊員技能維持研修に参加もしくは同研修の指導をしていること

TSAT 派遣隊員技能維持研修は 1 日程度の集合型研修とし、制度の復習、外傷外科治療の知識のブラッシュアップ、派遣における制度の復習、などを行う。

更新研修の内容：

TSAT の運用体制について

- 1) TSAT の運用体制について
- 2) TSAT 派遣の仕組みと指揮系統
- 3) 外傷外科手術の手技に関する講習
- 4) 医療機関への派遣体制
- 5) イベント会場への派遣体制
- 6) TSAT 派遣活動の机上シミュレーション

## 23. 偏在対策遠隔医療推進委員会

委員長 亀井 尚

厚生労働省医政局から、令和7年度補正予算の「診療科偏在対策のための適切な遠隔医療等推進事業」(10億円)について、本学会を含む10の基本領域学会から申請してほしい旨の依頼を受けた。具体的には、診療科別の実証研究や遠隔医療運用マニュアル/好事例集の策定などが要望されているので、あらかじめ理事会で確認し、具体的な提案のあった理事を中心として「偏在対策遠隔医療推進委員会」をアドホックで設置した。そして、各サブスペシャルティ別のテーマを取りまとめて、厚生労働省に企画書を提出した。