

外保連ニュース 第42号 2024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: <http://www.gaihoren.jp> E-mail: office@gaihoren.jp 年2回発行

令和6年度診療報酬改定結果及び来年に向けて

会長 瀬戸 泰之



令和6年度は、診療報酬+0.88%の改定となりました（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もあります。一方、長年の課題であった食事基準額が久しぶりに引き上げられました（+30円、+0.06%）。額は大きくないものの、医療機関にとっては貴重なものであると考えています。40歳未満勤務医師や事務職員の処遇改善のために、入院基本料等が見直されアップされています。筆者が該当する40歳以上の医師の処遇改善が、どの改定内容にも盛り込まれていないことになり、個人的には少々残念です。医科本体のうち、0.28%がそれに充てられるものと思います。生活習慣病関連引き下げなどもあり、実際の診療本体の改定率は0.2%前後になるのではと推測しています。やはり、厳しい改定であったと判断しておりますし、外科系診療にどのような影響があるかは、今後の詳細な検証が必要と考えています。

今回の改定の重点課題のひとつに、医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組が示されており、その一環の内容と思われます。一方、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、今回の改定がどのように影響していくのか、外保連としても注視してまいります。4月から医師の働き方改革も始まっており、やはり、それをも推進するような改定でなくてはならないと考えています。

改定毎に行っている技術提案ですが、今回改定での採用は、新規技術27.3%（38/139、前回37.8%）、既存技術22.5%（41/182、前回25%）と、やはり厳しい結果となりました。平成24年から10年間増点なし手術

目次

◆令和6年度診療報酬改定結果及び来年に向けて

会長 瀬戸 泰之

◆各委員会からの報告

「令和6年度診療報酬改定結果及び来年に向けて」

- * 実務委員会
- * 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

◆特集

「働き方改革が外科診療に及ぼす影響について：外科医の立場からの現状報告」

* 中井章人先生

「働き方改革が外科診療に及ぼす影響について：産婦人科の立場から」

* 富田善彦先生

「働き方改革が外科診療に及ぼす影響について：外科医の立場からの現状報告」

* 小西靖彦先生

「働き方改革が外科診療に及ぼす影響について：若い外科医育成への影響」

◆編集後記 広報委員長 河野 匡

◆事務局からのお知らせ

の増点要望も行っておりますが、該当する336術式中、28件の増点が認められました（114.8%）。術式全体では、91項目で増点が認められ（115.52%）、手術点数自体は0.39%のアップとなっていますが、やはり物足りないと感じています。実際の診療報酬と外保連手術試案の乖離の大きな手術、償還されない多額の診療材料費が包括されている手術を中心に、外保連として厚生労働省とのヒアリングの場で毎回交渉していますが、著明な改善は今回の改定でもなく、引き続き強く訴えてまいります。

勤務医の働き方改革取組推進、処遇改善の一環として、処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1が設けられています。日本消化器外科学会による調査で、一部の医療機関で、実際当該診療を行った医師に手当など還元されていないことが判明しました。その改善を強くヒアリングの場などで訴えたところ、今回の改定で手当等を支給していることが必須要件となりました。今後、改善されることが期待されます。

現在のコードが医科点数表の別表として作成されてきた経緯から、手術手技を分類するものとして十分に体系化されていないことから、外保連は基幹コードSTE

M7を作成してまいりました。平成30年度改定では、DPC退院調査において、KコードにSTEM7が併記することとされました。令和2年度改定では、KコードとSTEM7の対応関係について、麻酔時間に着目した検証が行われ、その有用性を示してきました。同じKコードが複数の手術に適用され、医療資源投入量が異なる術式があることもわかっています。今回の改定に向けて、その傾向が目立つ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。その作業には、整形外科領域の先生方大いに貢献していただきました。残念ながら、諸々事情により今回の改定で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ます。

ております。

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年度診療報酬改定結果及び来年に向けて

○実務委員会 委員長 渡邊 雅之



令和6年度診療報酬改定において、技術料にあたる本体部分は0.88%の引き上げとなり、前回改定の0.43%から若干の上昇となった。しかしながら、このうち0.61%はコメディカル処遇改善分に充てられることになっており、実質的には+0.27%に留まる厳しい改定となっている。医療技術の評価(外保連の要望)においても、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%)と厳しい改定となった。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(腔断端挙上術)、整形外科領域の1術式(人工関節置換術・股関節)が新たに追加された。また、胃悪性腫瘍手術、膀胱悪性腫瘍手術などの施設基準が緩和された。ロボット支援直腸癌手術においては、開腹・腹腔鏡手術に準じた手術分類の適正化が認められ、超低位前方切除術および経肛門吻合を伴う切除術が腹腔鏡下と同じ点数を請求できることになった。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。

今回の改定において不合理・矛盾点と考えられるものについてのアンケートの結果、12学会から16項目が不合理または矛盾点として挙げられた。実務委員会で検討の結果4項目を緊急要望項目として厚生労働省に提出したが、残念ながら不合理として考慮されなかった。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きたい。外保連は、診療報酬表Kコードの精緻化を目指し、基幹コードSTEM7を活用したKコードの見直しを進めている。令和6年度改定においては整形外科領域でのKコードの見直しを求めたが、諸般の事情により見送られた。令和8年度改定での採用を目指し、引き続き取り組みを続けたい。

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る。世界に冠たるわが国の外科診療の継続には、大幅な保険診療の充実が重要である。外保連加盟学会の先生方には引き続き、外保連活動へのご協力とご支援をお願い申し上げます。

○手術委員会 委員長 川瀬 弘一



2024年診療報酬改定では、例年同様、各学会からの提案書を外保連経由で厚生労働省に提出し、昨年夏には各学会が厚生労働省とWEBを用いたヒアリングでその必要性を訴えてまいりました。しかしながら、外保連からの要望全体では、新規技術が139件中

36件、既存技術が182件中41件の採用で、採用率でみると2022年と比べて、新規技術では42%から26%と大幅に下がり、増点要望などの既存技術もやや低いという結果でした。また、今回の改定では、「ガイドライン等の記載あり」とされた技術が優先度の高いものと評価された割合は新規技術の要望56件中32件(57%)、既存技術が121件中84件(69%)と高く、特に既存技術はガイド

ラインがないと採用してもらえないくらいの印象があります。

2024年改定で新規術式として認められたKコード件数は66件（内13件は注による加算）でした。具体的には関節鏡下、胸腔鏡下、腹腔鏡下手術として、半月板制動術、肩関節授動術（肩腱板断裂手術を伴うもの）、肩関節唇形成術（肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの）、肺悪性腫瘍手術 肺全摘、心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、心房中隔欠損閉鎖術、連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術、骨盤内臓全摘術、胃縮小術 スリーブ状切除によるもの（バイパス術を併施するもの）、膵中央切除術、膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）、停留精巣内精巣動脈結紮術が採用となりました。

一方でロボット支援下内視鏡手術は、新規15件、改定10件の要望を提案しましたが、新規術式として採択された技術はロボット支援下弁置換術、良性疾患に対する肺切除術（区域切除）（ロボット支援下）、良性疾患に対する肺切除術（肺葉切除）（ロボット支援下）、ロボット支援下腔断端挙上術とわずかで、既存の胸腔鏡下、腹腔鏡下手術と同じ保険点数という結果でした。既存術式の改定要望としては、胃悪性腫瘍手術（ロボット支援）と膀胱悪性腫瘍手術（ロボット支援）の施設基準における手術症例数の見直しを要望し、緩和していただきました。他にロボット支援下直腸癌手術の手術分類適正が採用となりましたが、点数の増点は1件も認められませんでした。ロボット支援下手術が新たに保険収載されても、既存の内視鏡下手術と同じ評価がされている現実から、医療技術の新しい評価軸検討ワーキンググループ（座長：和田則仁先生）において、ロボット支援手術の「優越性」に関するエビデンスを構築し、「診療報酬点数の増点」を目指すために「既存技術と比較した優越性の定義」を新たに作成、さらに「既存技術と比較した優越性の根拠」も作成し、これに基づいて増点を要望してまいりましたが、採用には至りませんでした。

2024年改定で、増点となったKコードは91件でしたが、増点された術式は一般的にあまり行われることが少ない術式が多いという印象です。また、外保連からの厚生労働省ヒアリングで「平成24年度改定から増点なしの術式336件の増点」も要望しましたが、28件にしか増点を認めてもらえませんでした。

現在2026年診療報酬に向けて、さまざまな活動を開始しています。1つはKコードの見直しです。整形外科領域において複数の部位に対して同一のKコードが振り分けられているケースが見受けられます。これにより医療資源の投入量が異なるにもかかわらず同じ点数ということも明らかになっています。また他の領域の術式名はどここの部位に対して何を行うかという並び順が基本ですが、整形外科領域ではどのような手術操作をどの部位で行うという形の術式名となっています。さらに国際基準として今後使用されるであろう「保健・医療関連行為に関する国際分類（ICHI）のステムコードが部位（Target）に対して何を行うか（Action）の順でコーディングされていることから、コーディングワーキンググループ（座長：田中裕次郎先生）内に「整形外科領域のKコード精緻化・合理化プロジェクトチーム」を設置し、

Kコード見直し作業をおこなってきました。平泉裕処置委員長に関連学会の取りまとめをお願いし、昨年度からKコード見直し作業をおこなってきました。2024年診療報酬改定に向けて外保連から厚生労働省医療技術評価分科会に要望書ならびに具体案を提出しましたが、Kコードの大幅な見直しには、DPC/PDPSなど様々な領域にも影響を及ぼすため、時期的に2024年の見直しには間に合いませんでした。そのため、プロジェクトチームでさらなる検討をしていただき、整形外科領域の新しい術式名1,120術式と並び順等をまとめていただきました。この内容は手術委員会承認され、今年度7月に厚生労働省に再提出いたしました。念願であったKコードの番号の振り替えや統一した術式名への変更の第一歩となることを願っています。

外保連試案は定期的の実態調査をすることで、中央社会保険医療協議会（中医協）や厚生労働省から評価されています。しかしながら、手術試案に掲載されている医療材料の実態調査の85%程度は2019年以前のものが掲載されており、再調査が進んでいないことが外保連運営委員会にて指摘されています。再調査をしていない術式の医療材料価格をどのように手術試案に反映させるかは手術委員会にて検討中ですが、医療材料実態調査を各加盟学会に依頼しています。

また今年の秋に、4年ぶりに外保連術式の実態調査を行う予定です。これまでに計4回実態調査を実施し、手術時間や医師数の補正を行ってきました。これは時間の経過とともに手術試案の一部内容に現状と乖離しているものがあることが指摘され、診療報酬改定の重要な資料として大きな影響力を持っている外保連手術試案を常に実態に合わせたものに修正する点より、現在では4年に1度の調査を行い、次の手術試案に反映させています。今回も日本外科学会の指定・関連施設などの約2,300施設に依頼し、調査対象期間を10月、11月の2か月間を予定しております。また今回からは一部NCDデータも使用する予定です。

どうぞ今後ともご協力のほど、よろしくお願いいたします。

○処置委員会 委員長 平泉 裕



今回の改定では外保連試案 2024 の精緻化されたデータに基づいて 91 件の手術が増点されました。外科系手術全体の改定率は 100.39% (令和 4 年度 100.43%、令和 2 年度 104.19%) でした。外科系学会、先進医療会議、保険医療材料等専門組織から提案のあった医療技術 774 件のうち、177 件 (新規 56 件、既存 121 件) が有効性・安全性に係るエビデンスに基づいて採用されました。

今回改定のトピックの一つとして、選定療養ではありますが精子凍結に係る評価が新設されたのでご確認ください。

- 1) 精子凍結保存管理料(導入時)
イ 精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合 1,500 点
ロ イ以外の場合 1,000 点
- 2) 精子凍結保存維持管理料 700 点
処置領域は新規技術として採用される件数は多くあ

りませんが、一方で処置試案 7.4 版を反映して増点された技術が各学会で満遍なく確認できます。主な増点例を挙げると、J001 3～5 熱傷処置、J010 腹腔穿刺 (人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む)、J023 気管支カテーテル薬液注入法、J034 イレウス用ロングチューブ挿入法、J044・2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法 (1 日につき)、J045 1 人工呼吸 1～3、J048 心膜穿刺などが挙げられます。

従来、医科点数表に掲載される処置報酬額は多くが低額であるため、ここ数年の医療材料費上昇の影響を大きく受けています。同時に医師、看護師、技師の人件費が上昇しているため、ますます診療報酬点数との間に乖離が生じているかと思えます。令和 8 年度改正にあたっては、新たな医療材料、人件費、等の実態を踏まえた試案改定作業が必要と考えています。処置委員各位に大変なご苦勞をおかけしますが、どうぞよろしくお願いいたします。

○検査委員会 委員長 土田 敬明



新設提案に関しては、21 項目の提案のうち考慮されたものは 2 項目 (約 10%) であった。令和 4 年度改定では、24 項目の提案のうち 3 項目 (約 13%) が考慮されており、前回改定より項目数、採択率ともに低下している。考慮された技術は、経頸

静脈的肝生検 (新規技術)、乳房トモシンセシス (新規技術)、および、皮内反応検査 (点数の見直し) の 3 項目である。

既収載技術に対する改正提案に関しては、22 項目の提案のうち、1 項目 (約 5%) が考慮された。令和 4 年度改定では、15 項目の提案のうち 2 項目 (約 13%) が考慮されており、既収載技術においても、前回改定より項目数、採択率ともに低下している。考慮された技術は、皮内反応検査 (点数の見直し) の 1 項目である。

令和 6 年度改定では、提案された技術数は前回並みであったが、考慮された技術は少なかった。

技術度指数の上昇割合の変更に伴い、技術度の高い技術と低い技術の点数の格差が広がり、簡単であるが有効な技術が評価されなくなる懸念が示されており、平成 31 年/令和元年度には技術度は低いが無効である技術の評価について検討を開始したが、令和 7 年度にも、引き続き技術度は低いが無効である技術の評価について検討を行う予定である。

医療材料について、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していただく。

生体検査コーディングに関しては、令和 7 年度には国際標準になると思われる WHO 国際標準 (ICHI STE M Code) および STEM7 との整合性を見据えたコーディングを行っていく予定である。

新規技術の収載や既収載技術の改定・削除に関して、引き続き令和 8 年改定についても新規技術の収載や既収載技術の改定・削除の希望があれば検討していく予定である。

外保連試案での AI の技術評価について、令和 6 年度には技術評価の基準を作成する予定である。

○麻酔委員会 委員長 森崎 浩



令和6年度診療報酬改定では、麻酔委員会関連の「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」「下肢の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」はいずれも評価すべき有用性が十分に示されていないとの事由により採択されず、残念な結果となりました。一方、大規模疫学調査等により術中低血圧と術後臓器障害や譫妄発症の関連性が強く示唆されてきた経緯から、長年に亘り L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の2-ロ「特殊な麻酔」として算定されてきた「低血圧麻酔」が日本麻酔科学会の要望通り削除され、併せて L008 2 ならびに 3 に規定された特殊な全身麻酔のなかで厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に該当するイとそれ以外のロの点数がそれぞれ1%前後増点されています。加えて、関連学会の要望項目である「術中脳灌流モニタリング」の加算要件に頸動脈遮断もしくは同様の操作を伴う手術の追加や「長時間麻酔管理加算」対象術式追加ならびに「体温維持療法」の算定要件が重症頭部外傷などの重症脳障害患者への拡大が採択されました。

今回の本体改定率は 0.88% 増と近年にない高い水準となりましたが、その多くは若手勤務医師や看護職員、

病院薬剤師等をはじめ医療関係職種の賃上げ分が勘案したものとなりました。さまざまな業界の給与水準がアップする中、医療従事者の待遇改善に向けた改定はおおいに歓迎すべき一方、薬価等は 0.99% の引き下げとなり全体としてはマイナス改定が継続しています。またこれまで外保連が深く関わってこなかった特定集中治療室管理料において、「当該専任医師は宿日直を行う医師ではないこと」等の施設基準の見直しや「同遠隔支援加算」と共に「重症度評価や専従常勤医師の治療室内勤務を要件としない区分」が新設されたことは、急性期医療を担う外科系医師の働き方改革やタスクシフト推進を踏まえ、今後の波及効果を注視すべきと考えております。

令和8年度改定に向け、麻酔委員会では「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昨年11月と4月末に開催し、令和6年度改定において要望項目が採択されなかった要因を詳細に検討すると共に、今後の課題と方向性を探る活動を開始しました。現在、関連学会より要望項目の募集を行うと共に、各作業部会において慎重審議したうえで、本年7月ならびに9月末に委員会を開催し、次回改定に向けた活動をより精力的に進めております。

今後も麻酔委員会の活動にご支援を賜りますよう、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年度診療報酬改定において外保連経由で提出した技術に関しては、新規技術の内視鏡下上咽頭擦過療法、大腸内視鏡人工知能支援、内視鏡治療後欠損部閉鎖、上部消化管人工知能支援、潰瘍性大腸炎関連腫瘍 ESD の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。

また、内保連経由申請の新規項目である消化器軟性内視鏡安全管理料、内視鏡的十二指腸乳頭切除術、および改正項目の内視鏡的経口カプセル内視鏡留置術、内視鏡を用いた狭帯域光による画像強調観察法、胆膵疾患診断目的の超音波内視鏡検査加算の増点は考慮されませんでした。

要望外項目では K653 4 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:114.93%)、内視鏡試案の点数を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。日本消化器内視鏡学会から提出された大腸内視鏡人工知能支援は検査に対する保険収載の要望でしたが、治療技術に点数がつけられた形になっております。

内容を確認すると、『<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、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かです。今回の結果を踏まえて、他の人工知能関連項目の保険収載への戦略を考えていきたいと考えております。

今後も、必要に応じて担当学会での実態調査を依頼することも視野に入れながら精緻化を進め、新たな技術の開発、技術改良に伴う費用増大や適応疾患の変化を診療報酬に適切に反映し、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いており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。

「働き方改革が外科診療に及ぼす影響について：外科医の立場からの現状報告」

働き方改革が外科診療に及ぼす影響について：産婦人科の立場から

公益社団法人 日本産婦人科医会 副会長
恩賜財団母子愛育会 総合母子保健センター
愛育産後ケア子育てステーション 所長
中井章人

はじめに

2024年4月、医師の働き方改革がスタートした。これまでとの大きな違いは時間外労働の上限が設定されたことと、健康上の措置として連続勤務時間制限や面接指導が一部義務化されたことである。ここでは公益社団法人日本産婦人科医会の全国調査（施設情報調査 2023年1月実施、回収率 97.8%、勤務医部会調査 2023年8月実施、回収率 69%）を基に産婦人科領域の現状を解説する。

1. 分娩取扱病院における就労状況

全国の産婦人科施設は過去17年間で5,946施設から4,859施設に減少した（18%減）。この間、常勤医師数は10,083名から12,079名に増加し（20%増）、1施設あたりの常勤医師数は17年前の約1.5倍に増加した。

働き方改革で長時間労働が特に問題となる分娩取扱病院（総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、一般病院）について自施設の年間時間外在院時間の推移をみると、過去5年間わずかず減少し、2021年からはA水準となる960時間を下回っている（図1）。これは、1施設あたりの医師数の増加や現場の工夫によると推察されるが、一方で、外部施設の勤務時間は横ばいで、一定数の非常勤医師が求められていることがわかる。いずれにしても自施設と外部施設を合わせた年間時間外在院時間は1746時間となり、わずかに地域医療暫定特例水準（B水準・連携B水準）1860時間を下回ったに過ぎない。

また、高次施設ほど時間外在院時間が長く、総合周産期母子医療センターではA水準を超え、外部施設の勤務時間も900時間を超えている。

2. 宿日直許可取得による時間外労働の変化と宿日直許可の取得状況

自施設・外部施設を合わせた年間総在院時間は4085時間で、その内訳は日勤合計2580時間、当直合計1506時間となる。年間の法定労働時間2340時間を差し引くと、日勤の時間外は240時間で、残りは当直による時間外となる。

仮に自施設の宿日直許可が取得できると、削減効果は大きくほぼ全ての施設がA水準に収まり、外部施設のみ宿日直許可があれば特例水準に収まる。2023年8月時点のデータではあるが、施設機能によらず75%以上の施設が宿日直許可の獲得を予定している（図2）。

3. 特例（B水準・連携B）水準の取得状況

特例水準取得には、条件があり全ての施設が取得できるわけではない。実際、周産期母子医療センターでは総合の約80%、地域の約50%が取得を予定し、一般病院では約20%に止まっている（図3）。

結語

現状は、宿日直許可により当直合計の1506時間が労働から除外され、特例水準の取得と合わせ、実質年2000時間以上の時間外在院が可能となる状況で、医療安全面でも問題がある。2035年までに実質的な労働時間を短縮しなくてはならないが、地域医療構想や医師の地域偏在対策の進捗なくして達成は難しい。

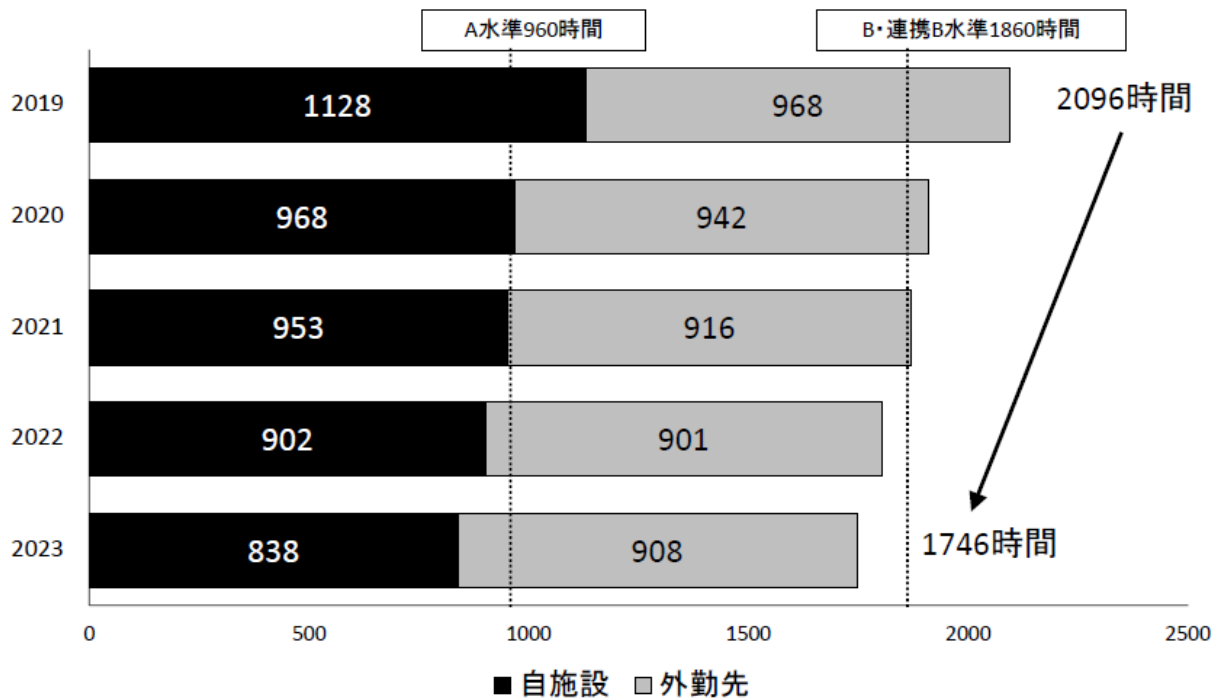
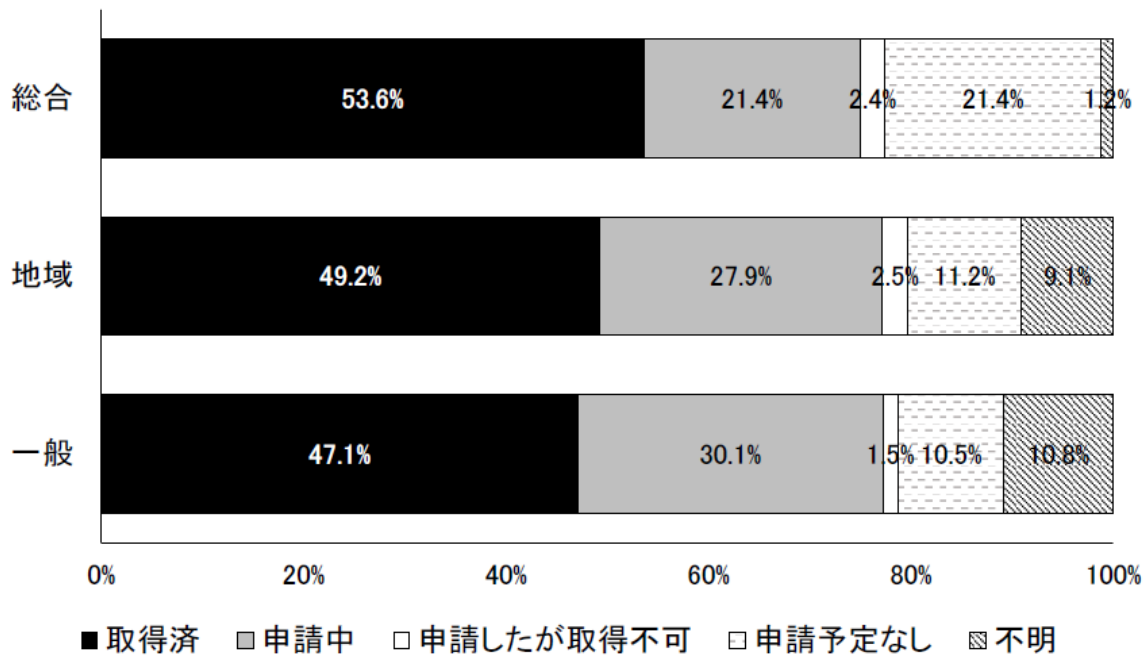
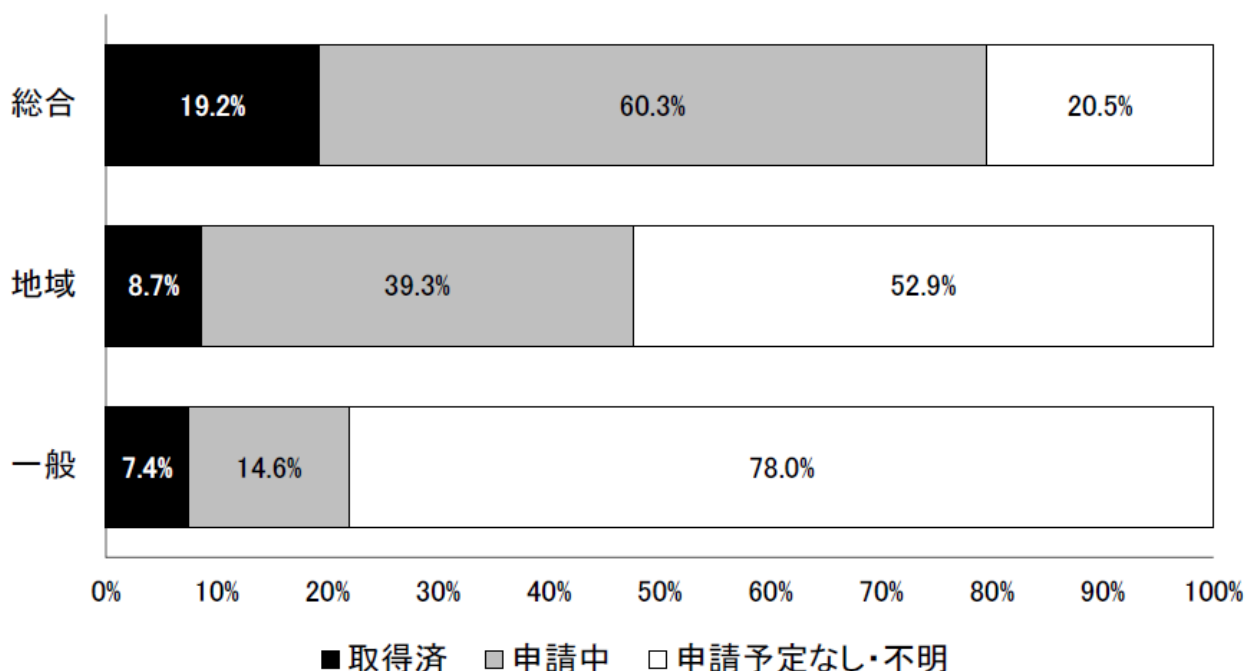


図1. 分娩取扱病院における年間時間外在院時間(当直・外勤を含む)の推移



総合: 総合周産期母子医療センター, 地域: 地域周産期母子医療センター, 一般: 周産期母子医療センターの指定がない施設

図2. 宿日直許可の取得状況



総合:総合周産期母子医療センター, 地域:地域周産期母子医療センター, 一般:周産期母子医療センターの指定がない施設

図3. B水準・連携B水準の取得状況

働き方改革が外科診療に及ぼす影響について：外科医の立場からの現状報告

新潟大学 医歯学総合病院 病院長 (泌尿器科) 富田善彦

はじめに

いわゆる働き方改革は、我国は人口減少、労働人口減少に直面しているため、第3次安倍内閣が一億総活躍社会を標榜し、3つの柱、1.長時間労働の解消、2.雇用形態の違いによる格差の是正、3.多様な働き方の推進、を目標に一連の改革が行われてきたものです。医師は、その職務の特殊性から、施行が5年猶予され、本年4月からとなったものです。その内容については、これまで多く語られてきたと思いますので、割愛させていただき、本項では、カバーする面積が大きい新潟県での状況を、これまでの議論、準備と4月から施行されたものの状況について述べたいと思います。

1. 地域医療における地方国立大学病院医師の現状

新潟大学医歯学総合病院（以下本院）でも、B、連携B、C1、C2の特例水準を申請した医師は26名になって

います。本院では、平成31年（令和元年）度から勤務の実態調査等を開始し、診療応援の状況など、多面的に在職医師の勤務状況の把握を進めてきました。同時に、36協定の見直しや、非常勤医師の勤務形態の再整備等をすすめて、関連病院での業務の整理、救急医療を中心とした病院間の連携の確認と新たな協業体制の構築を進めてきました。この結果、上記の特例水準の医師以外は、A水準の年間960時間か、裁量労働制で720時間の時間外勤務で対応可能と判断し、4月からの運用を開始しております。

これまでのところ月当たり超過勤務が100時間越えをした医師数は、4月は4名、5月は1名、6月は1名で、特例水準申請の医師は各月2、1、0名でした。A水準の医師でも、救急診療応援の医師が4月に1名、6月に1名100時間越えとなっていました。今のところ、関連病院への診療応援についても、特段の支障をきたして

いるとの情報は入っておらず、救急患者の診療も搬送時間の極度の延長や、問い合わせ回数の増加は見られていませんので、まずまずの滑り出しかと思います。ただし、各病院への公共交通機関によるアクセスは現在でも脆弱なうえに、ドライバー等の「働き方改革」の影響も相まって、さらに悲惨な状況となっており、事実上、医師自身の自家用車以外では通勤が困難であることも少なくありません。さらに、新潟県や、北海道、東北、北陸の特徴として、冬期には雪道等の悪路を医師が自ら運転し診療応援に赴かねばならず、ときとして通常の2-3倍の通勤時間を要しますから、これから、どのようになるか、予断を許さないところです。

2. 外科系医師の業務、キャリアビルディングへの影響

もともと外科系の医師は手術の関係から長時間勤務が想定されることが多く、特に心血管外科や脳神経外科の医師で顕著です。本院でも、特例水準を申請した医師26名のうち最多の11名は救急医ですが、次に多いのが外科系医師の9名となっています。時間外勤務が月100時間をこえなくとも、それに近い時間数となれば、年間の時間外勤務を併せ考え、おのずと、超過勤務を避けるようになることは仕方のないことであると思います。しかし、外科系で手術等のSKILLを磨くためには、やはり実際に自らが術者や第一助手となり数を重ねる必要があります。手術の種類によっては、長時間のものもあり、また、臓器移植や緊急の心血管疾患に対応する医師は構造的に長時間の時間外勤務を余儀なくされますし、その中でのラーニングという事になります。これらSKILLの習得と遵法のバランスをどのようにとっていくのか。外科系診療各科ごとに、その状況は異なることもあり、まさにやってみないとわからない、といったところが本音になります。

3. 現在進行形の社会構造変化の影響

もう一つの大きな問題は、本邦における人口減少と医療ニーズの減少です。中長期といいますか、5年先10年先には全国各地、東京都区部以外の医療ニーズがピークを越えてきます。(東京区部も少し遅れるだけ) 極端な移民に対する政府の政策変更はないものとする、質は変化しつつも医療ニーズは減少していきます。新潟県では、すでにピークアウトした医療圏が多く、がんや冠血管疾患は減りつつあるように思えますし、肺炎や心不全

は増えてきています。しかし今、増加している疾患もやがて減少していきます。病院のみではなく、一部地区では老健施設に入所する高齢者がいない、といった事例があると聞きます。

患者は減るために、これまでに地域医療を支えていた病院が常勤医の雇用を維持できなくなり、非常勤医師を雇用することで対応せざるを得ない状況が進行しています。加えて、患者自身の移送が不可能で緊急手術のため現場に駆け付け対応しなければならない外科系医師の問題も重要です。医師派遣システムのある東京圏とことなり地方では、その散在する医療ニーズに対応する非常勤医師のリソースは大学病院にしかありません。ちなみに、本院の常勤医師約400名の年間診療応援回数は、のべ24,800回に上ります。働き方改革、大学病院医師の処遇問題とも密接に関連しますが、この現実をどうずるのか。個人的には「人口減少、医療ニーズの低下に直面しながら、国民皆保険と医療レベルを維持する」という実施が極めて困難な、いわば撤退戦に地方国立大学病院がしんがりを務めて必死に戦っているような気がしてなりません。その中心で踏ん張っている外科系医師が、心が折れていなくなったらどうなるのか、それを思うと暗澹たる気持ちになります。

おわりに

本年6月21日に閣議決定された、「経済財政運営と改革の基本方針2024」いわゆる骨太の方針中、(医療・介護サービスの提供体制等)として以下の一文があります。(太字、下線は筆者)

「医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、医師確保計画を深化させるとともに、医師養成過程での地域枠の活用、大学病院からの医師の派遣、総合的な診療能力を有する医師の育成、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組、経済的インセンティブによる偏在是正、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大等の規制的手法を組み合わせた取組の実施など、総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する。」年内にはこの方針に沿った対策パッケージが示されるものと思いますが、一地方大学病院の病院長として、また、外科系医師のはしくれとして、希望のもてる施策が提示されることを願ってやみません。

働き方改革が外科診療に及ぼす影響について：若い外科医育成への影響

順天堂大学 医学教育研究室 特任教授 小西靖彦
(日本医学教育学会 理事長、前静岡県立総合病院 院長)

医師の働き方改革が令和 6 年 4 月から開始された。筆者は同 3 月まで病床数 718 床、医師数 333 人（うち臨床研修医 45 人）を擁する高度急性期病院の院長を務め、働き方改革を準備してきた。4 月からは順天堂大学医学教育研究室に異動している。この経験を踏まえて、1. 急性期病院に働く医師が働き方改革にどのような意見を持っているかについて述べる。次に、2. 医師の働き方改革が医師の育成（なかんずく若い外科医の育成）にどのような影響を与えるかについて専門とする「医学教育」の分脈から検証したい。

【1. 急性期病院で働く医師の考え】

静岡県立総合病院は 2023 年 6 月に B 水準（以下連携 B を含む）の指定を受けた。2022 年実績ベースで 34 診療科のうち救命救急科など 10 診療科、333 人の医師のうち 36 人（10.8%）が B 水準となった。診療科の部長クラスと密なコミュニケーションを交わした中で聞こえた声は次のように共通していた。

「地域医療を守る救急を止めずに時間外を 960 時間以内にするには、倍近い医師が必要である」

「勤務間インターバル確保や代償休息などが開始されると、当直翌日の外来や手術が成立しない診療科が多い」

「院内医師間で仕事量の偏りが顕在化し、外科など高度急性期を担う診療科において「時間外労働と自己研鑽の判断がますますグレーになる」ことが危惧されている」

「事実、外科など時間外労働が多い部署への希望者が減り始めている」

医療圏で最後の医療ラインを敷く病院長として、地域住民を守る使命と時間外縮減の相反に強い危機を感じていた。

「若手医師の多くはできるだけ多くの症例や手術を経験したいと思っており、時間外を減らすばかりがよいことなのか？」

「時間外の減少は現実的な給与レベル低下につながり、給与が仕事の質でなく時間外労働でのみ差がつく給与制度に課題がある」

という声は、我が国の外科医に内在する本質的な問題点を指摘している。

【2. 働き方改革が外科医の育成に与える影響】

外科医が減少の一途を辿っていることは、今さら論を待たない¹⁾。外科医の減少は、「がん」の治療や腹部救急など、国民の生命を守る医療が維持できなくなることを意味する。若い医師が外科を選ばなくなってきた現況において、新たに加わる「医師の働き方改革」は外科医の育成にプラスに働くのか、マイナスに働くのかを考えてみたい。

外科医に限らず若い医師の育成には、適切な施設での指導医による教育が必須である。令和 4 年度におけ

る基幹型臨床研修病院は 1,028 病院である。基幹型臨床研修病院とは、卒後臨床研修の中心で専門医教育においても重要な役割をもつ病院であり、まさに適切な教育施設である。

ところが、本年 5 月末時点で B, 連携 B または C-1, C-2 水準の指定を受けたとされているのは全国で 500 弱の病院であった。このことは、我が国の若い医師を教育する基幹型臨床研修病院の過半数が A 水準をとってしまったことになる。A 水準の病院では、卒業したての医師からベテランで働き盛りの医師にいたるまで、一人残らず年間 960 時間の時間外労働に制限される。概算で週あたり 60 時間の勤務（週 20 時間の時間外労働）であるが、後述する通りこれで十分な研鑽は積めない。全国の教育病院の過半数が十分な教育機会の提供を放棄したことに愕然とする。

外科を含めた急性期医療を担う診療科（外科だけでなく救命救急科や循環器内科、脳神経外科など数多い）には一定の特徴がある。医学知識だけでなく、診療技能にも重点があり、しかも臨床現場での拘束時間が長い。週 60 時間で研鑽できる診療科が存在することは認めてよいが、急性期診療科の教育にはあまりに短すぎる。米国の ACGME 基準では週 80 時間の勤務上限を設けている。ACGME とはレジデンシー（卒直後の専門研修）の regulation を行なっている機関であり、1980 年代の Libby Zion 事件をきっかけに全米レジデンシーに労働時間規制を導入した。いくつかの変遷を経た 2017 年の基準を図 1 に示す。

米国の若い医師は週 80 時間まで働くことができ、我が国より週あたり 20 時間多く修練を積める。しかもこの規制は我が国でいう専門研修を始めた時期のみであって、以降の専門医にはないことも重要な差である。

技能を磨くことは外科医にとって最も重要な研鑽である。臨床研修を終えて外科の門を叩いた若い医師を例にとると、まず外科専門医を目指し、次に消化器外科専門医を取得し、さらに内視鏡外科技術認定医や肝胆脾外科高度技能認定医などに深めていく。おそらくロボット専門医のような資格がその先にできてくることが予想される。一人前の外科医となるには 15 年から 20 年を要する時代である。厚生労働科学特別研究事業の 2023 年度専攻医アンケートによると、若い医師が外科を選んだ理由は「やりがいを感じるから」「生命に直結するから」「手技が高度だから」が有意に高い。彼らが年月をかけてよい外科医になるためには絶え間ない研鑽が欠かせない。イチローや翔平が世界から尊敬されるのは、技術の高さだけでなくプロとしてのたゆまぬ「自己研鑽」によるのだ。

医師の働き方改革の趣旨に反対するものではない。これまでの医師の労働環境をタスクシフトや当直明けの勤務改善などで改善する必要性に全く異論はない。しかし、画一的な年 960 時間（≒ わずか週 20 時間の時間外）規制は外科医の育成にマイナスに働く。若い外

科医は、技能と態度を極めてプロフェッショナルになるために病院内であろうと自宅であろうと「自己研鑽」を続けている。B, C-1 水準の 1860 時間/年から年々削減が進んで、2035 年度末までに A 水準（≤960 時間）となると若い外科医はいずれかの選択を迫られてしまうことになる。①時間外申請はしないようにして各々が「隠れ自己研鑽」に励むか、②時間外規制に従って“効率的な”研修に勤しむかのいずれかである。①は外科医のやりがいへの労働搾取に他ならずますます外科希望者の減少を促進することになる。②は世界に誇っていた我が国の外科医の質の低下に直結する。い

ずれにせよ、高度技能を有して国民の生命を守っていた外科医にとって、働き方改革の時間外規制はその灯を消す方向性に働く。自己研鑽に基づく外科医の高度な技能とプロフェッショナルな態度・行動に対して、時間外手当などだけでない正当な評価と報酬を導入しなければ、外科医の減少と国民の損失は免れ得ない。

1)Webpage 国民の皆さまへ（日本消化器外科学会）
https://www.jsgr.or.jp/modules/transformation/index.php?content_id=1 (accessed 28 July 2024)

若い医師の労働時間 米国と日本の比較

米国：ACGME Resident regulation 2017

・7日間に1日の休日
・24時間勤務は最短3日ごと
・24時間勤務後は14時間インターバル
・「週80時間勤務」
・シフト間は最低10時間
・1年目レジデントでも連続勤務24時間まで (+4時間の教育or引き継ぎ)

B水準（C-1水準はインターバル等に差）

・7日間に1日の休日？
・連続勤務時間制限：15時間
・原則 9時間インターバル
・年1860時間 ≡ 「週80時間勤務」
・24時間勤務後は24時間インターバル
・1年目研修医は連続勤務24時間まで

日本

2035年度末
までに

A水準

・7日間に1日の休日？
・連続勤務時間制限：15時間
・原則 9時間インターバル
・年960時間 ≡ 「週60時間勤務」
・宿直後は46時間以内に18時間インターバル
・代償休息

(図 1)

◆編集後記

広報委員会 委員長 河野 匡



皆様、異常気象という言葉が違和感なく感じられるようになるほどの暑い日が続いておりますが、お元気でお過ごしでしょうか。暑さは10月頃まで続くような長期予報なので、すこし気が滅入るような思いです。さて、外保連ニュースの第42号をお届けします。

今回は長い間外保連を指導していただいた岩中会長から新たに瀬戸会長に代わって初めての外保連ニュースになります。オリンピックでも日本選手がかなり活躍して嬉しいニュースが聞かれましたが、外保連ニュースでは喜ばしいことばかりではありません。今回か

ら診療報酬の改定が6月からになったため、まだその影響ははっきりする時期ではありませんが、光熱費などの物価上昇が2%以上であることと比較すると診療報酬の増加は実際の診療本体の改定率が0.2%程度ですので、かなり厳しいものだといえると思います。この点について各委員会の委員長から解説していただきました。また今回は「医師の働き方改革」という大きな変革が行われました。この影響について日本産婦人科医会の中井章人先生から、宿日直許可により実質年間2000時間以上の時間外在院が可能になること、実質的な労働時間の削減は地域医療構想や医師の地域偏在対策の進捗なくして達成は難しいことについて解説していただきました。

また新潟大学の富田善彦先生からは大学病院の医師派遣の機能や、外科医の SKILL を磨くためには経験が必要であるが、それが難しくなる可能性に対する懸念や、将来の人口減少やそれに伴う医療ニーズの減少により国民皆保険や医療レベルの維持が困難になるのではないかとの指摘をされております。

日本医学教育学会の小西靖彦先生から「隠れ自己研鑽」になるのではないかとの懸念や世界に誇っていた

我が国の外科医の質の低下に直結してしまうのではないかとの問題提起をされました。

根本的な改革のためにはさらなる検討が必要だと思います。

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。

◆事務局からのお知らせ

【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。