

外科医療確保特別加算に関するお願い

対象施設の病院長の先生方へ

令和8年4月16日

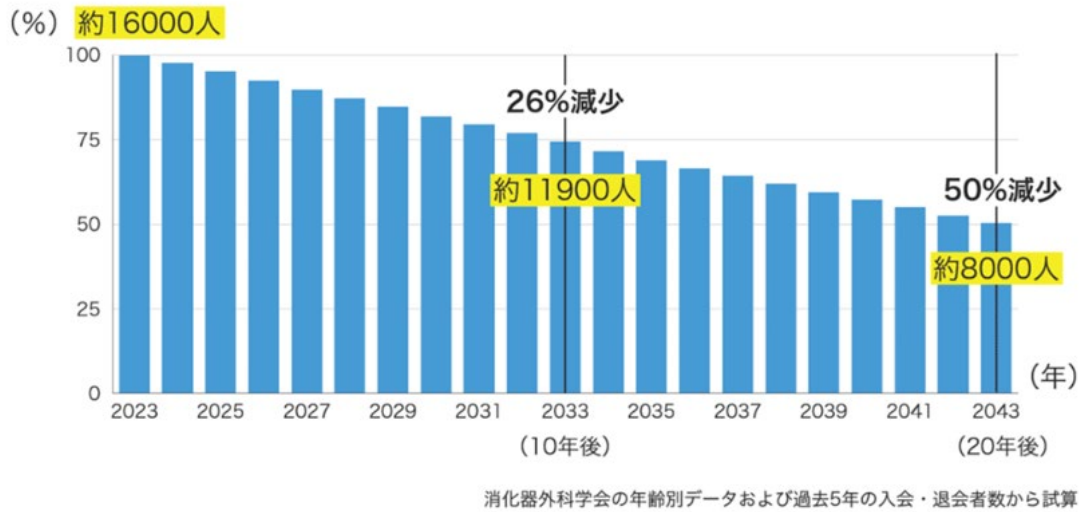
日本消化器外科学会理事長

調 憲

今回の診療報酬改定において、診療科偏在問題に対する画期的な施策として「地域医療体制確保加算2」と「外科医療確保特別加算」が新設されました。地域医療体制確保加算2は全国的に若手医師数が減少傾向にある診療科を特定診療科として位置付け、他診療科とは異なる給与上の特別な配慮を可能とするものです。一方、外科医療確保特別加算は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、該当診療科の医師が長時間かつ高難度な手術を実施した場合に、当該手術の所定点数の100分の15に相当する点数を加算し、そのうち100分の30以上に相当する額を手当として当該診療科の医師に支給する制度です。

日本消化器外科学会の試算では、65歳以下の会員数は現状の約15,200人から、2040年には約60%にあたる9,200人まで減少することが予測されています。

## 日本消化器外科学会 65歳以下会員数 今後の予測



また、厚生労働省の検討会においては、高齢化のすすむ 2040 年においてもがん手術件数の減少は約 5%にとどまるとされており、集約化やタスクシフトが進まない前提であれば、少なくとも毎年 900 人の新たな消化器外科医の確保が必要であり、現状の 500 人から追加で 400 人の確保が必要となることが試算・報告されました

(<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001530217.pdf>)。

このように消化器外科領域では診療科偏在による国民への深刻な影響が懸念されます。今回新設された両加算は、今後の消化器外科領域の診療体制を維持するために、消化器外科医の処遇改善、働き方改革、地域における高難度ながん手術や消化器外科医の集約化等を一体として進める重要な施策です。

外科医療確保特別加算においては、加算額の 100 分の 30 以上の手当を当

該診療科の医師に支給することが求められておりますが、この支給割合によって実際の処遇改善の程度は大きく左右されます。もちろん、病院の経営改善は重要な課題であり、各病院の状況により様々な事情があるものと推察いたしますが、病院の経営状況が厳しい中でもこれらの加算が導入されたの

術式	保険点数 ×10(円)	加算(15%)	外科医 (30%)	外科医 (50%)	外科医 (80%)
肝門部胆管悪性腫瘍（血行再建なし）	1,010,900	151,635	45,491	75,818	121,308
肝門部胆管悪性腫瘍（血行再建あり）	2,027,100	304,065	91,220	152,033	243,252
食道悪性腫瘍手術（消化管再建）	1,225,400	183,810	55,143	91,905	147,048
腹腔鏡下胃全摘（悪性）（ラパロ）	830,900	124,635	37,391	62,318	99,708
腹腔鏡下直腸低位前方切除（ラパロ）	839,300	125,895	37,769	62,948	100,716
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除（ラパロ）	595,100	89,265	26,780	44,633	71,412
腹腔鏡下肝部分切除（ラパロ）	586,800	88,020	26,406	44,010	70,416
腹腔鏡下肝1区域切除（外側区域を除く）	1,307,300	196,095	58,829	98,048	156,876
開腹PD(郭清あり、血行再建なし)	972,300	145,845	43,754	72,923	116,676
開腹PD(郭清あり、血行再建あり)	1,312,300	196,845	59,054	98,423	157,476

は、消化器外科医の減少が極めて重大かつ喫緊の課題であるとの国の認識があるものと理解しております。

地域医療体制確保加算2の特定診療科（消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科）にみられるように 診療科の偏在は消化器外科に限った問題ではありません。診療科を指定し、手術や処置からの加算を当該診療科の医師に支給するという施策を若手の減少する他の診療科に進めるためにも、本施策の実効性・有効性を示す必要があると私達は考えています。このような困難な状況を打開するためには、可能な限り大きなインパクトを与え

る施策が必要です。診療科偏在の改善という外科医療確保特別加算の本来の  
目的に立ち返って、可能な限り多くの、できれば加算額の 80%といった思い  
切った手当を支給して頂きたいと強く願うところです。何卒ご理解とご協力を賜りますよう、よろしくお願ひ申し上げます。