

外保連ニュース 第46号 2026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 8 年度診療報酬改定結果および 来年に向けて

会長 瀬戸 泰之



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 30 年ぶりの大幅プラス改定となり、財政的に厳しい状況が続いていた医療機関にとって有難い改定となった。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おり、上記以外のアップは 0.25%である。

一方、医療技術の評価（外保連の要望）では、今回新設要望 138 項目中考慮されたのは 44 項目（採用率 32%、前回：27%）、改正要望 186 項目中考慮されたのは 53 項目（採用率 28%、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。また、手術料自体のアップも、0.56%（前回 0.39%）であり、手術料そのものはあまり変わっていない。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も強く要望してきたが、今回、増点が認められたのは 1181 術式中 18 件で、採用率 1.5%にとどまっている。手術全体としても、増点は 49 件にとどまっている。外保連としては、手術料の適切な評価がもっとも重要な課題と認識しており、今回の改定に向けて、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。

今回の改定の政策面の目玉として、医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進のため、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。政策面の課題と、高度な技術の評価を連動させたものとして画期的な内容と考えている。さらに、後者の改定では対象となる高度な手術を年間 200 件以上行われていることも要件とされており、高度な手術の集約化への方向性にも、政策

目次

◆令和 8 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 8 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

◆加盟学会の活動だより 日本産科婦人科学会

◆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

として舵を切ったことになる。一方で、中小規模病院にはアップの恩恵が乏しいのではないかと、さらに、診療科間あるいは同一医療群の病院間でも、加算取得の有無により外科の中で報酬に差がでてしまうなどのご意見もいただいております。次回改定に向けての課題と認識している。

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を期待したいし、その影響の検証もまた重要と考えている。

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、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、ロボット支援手術においても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、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。

今回の診療報酬改定はロボット支援手術の評価と集約化の方向性を連動させるなど、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。外保連の活動に対して、引き続きご理解とご協力をお願いしたい。

◆各委員会からの報告

令和8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8年度診療報酬改定は、令和8・9年度平均で+3.09%と、近年にない大幅なプラス改定であった。人件費および物価高騰への対応に加え、医師偏在対策やロボット支援手術の評価など、外科医療にとって追い風の改定となった一方、高難度手術の集約化の

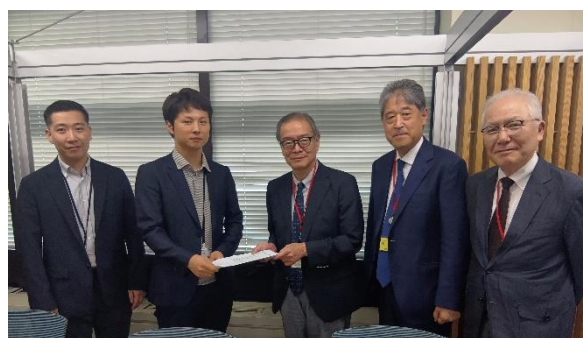
方向性が示された。外保連の要望項目個々の採用率に関しては、前回改定を若干上回ったものの、依然として厳しい結果であった。また、平成26年度改定以降増点がない1,181術式のうち、今回の改定で増点が認められたのは18術式(1.5%)に留まり、外保連が求める外科手術に対する適正評価としては不十分な結果であった。

実務委員会としては今回の改定結果を受け5月15日を締め切りとして、加盟学会に対して不合理・矛盾点の意見募集を行った。これに対して、6学会より8項目の要望が寄せられ、外保連としてこれらをとりまとめて7月24日に厚生労働省に緊急要望書として提出した。中でも、「短期滞在手術等基本料3」に関して、外来手術が困難で入院・全身麻酔管理が必須となる小児領域の疾患等において、診療報酬が大幅に減額される点は大きな問題と考えており、早急な対応を求めていきたい。

また、実務委員会では令和10年度診療報酬改定に向けた活動をすでに開始している。4月10日に第1回実務委員会を開催し、次回改定に向けた委員会の活動スケジュールを確認した。次回の改定からは、各学会からの要望項目数が「新設」最大5項目、「改正」を合わせて

最大7項目までに制限されることとなった。第1回実務委員会の時点では、「主学会を除く連名学会については最大7項目の制限に含まれない」という見解としていたが、その後の検討により、従来通り連名学会についても最大7項目の中を含むこととなった。一方、「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」に関する提案については、最大7項目の制限枠外として要望できることとなった。以上を4月下旬に加盟学会の実務委員に向けて周知した。現在、9月末を締め切りとして「技術・材料・廃止・効果が乏しい要望項目」のアンケートを実施している。その後、外保連において要望書記載学会の調整を行った後、令和9年3月に要望書記載学会への要望書作成依頼を、4月中旬を締め切りとして依頼する予定となっている。

令和10年度診療報酬改定に向けて、引き続き各学会のご協力をお願いしたい。



○手術委員会 委員長 川瀬 弘一



令和8年度診療報酬改定では、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。外保連からの要望全体では、新規技術が138件中44件(採用率

32%)、既存技術が186件中53件(採用率28%)という結果で、令和6年度よりも若干高い結果でしたが、令和2年改定の新規技術39%、既存技術42%と比べると、近年の採用率はとても低い傾向にあります。また医療技術全体の採用率(新規技術:21%、既存技術:25%)と比

べると外保連からの要望結果は、若干高いものの、医療技術の採用率については以前と比べると大変厳しい状況となってきています。

	医療技術全体の評価		外保連からの評価	
	新規技術	既存技術	新規技術	既存技術
令和2年度	102/306 (33%)	162/437 (37%)	64/164 (39%)	87/208 (42%)
令和4年度	77/284 (27%)	98/449 (22%)	56/148 (38%)	53/212 (25%)
令和6年度	56/307 (18%)	121/467 (26%)	38/139 (27%)	41/182 (23%)
令和8年度	62/302 (21%)	96/391 (25%)	44/138 (32%)	53/186 (28%)

今回の診療報酬改定率はプラス3.09%ですが、その内訳は、医療従事者の「賃上げ分」のプラス1.70%、「物価対応分」がプラス0.76%、「食費・光熱水費分」がプラス0.09%、令和6年度改定以降に医療機関の経営環境が悪化したことへの「緊急対応分」としてプラス0.44%が上乗せされています。ここから「効率化等」によるマイナス0.15%を差し引いた残りが「通常改定分」で、これが0.25%にとどまっています。つまり、純粋な医療技術の正当な評価に回された予算は、改定率全体のごくわずかな部分しかありません。我々はこの限られた財源の中から、新規技術の導入、既存手術料の増点、さらには医師の働き方改革への対応など、すべての課題を捻出しなければならないという極めて厳しい状況下での改定でした。

令和8年度改定で外保連からの新規技術の要望は138件で、そのうちの89件が手術関連の要望でした。このうち新規術式として認められた術式数は、加算も含めて38件という結果です。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（パ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）、停留精巣内精巣動静脈結紮術などが採用となりました。

一方でロボット支援手術は、新規15件、改定10件の要望を提案しましたが、手術通則18の「内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できるが、診療報酬点数は開胸・開腹等で行われる手術と同じ」という術式として、以下の7術式しか認められませんでした。

術式	申請学会
心腫瘍摘出術・心腔内粘液腫摘出術（ロボット支援）	日本胸外科学会
肺悪性腫瘍手術(気管支形成を伴う肺切除)（ロボット支援）	日本呼吸器外科学会
腹腔鏡下リンパ節群郭清術 傍大動脈	日本産科婦人科学会
鼠径ヘルニア手術（ロボット支援）	日本ヘルニア学会
骨盤内臓全摘術（ロボット支援）	日本内視鏡外科学会
腸体尾部切除（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合）（ロボット支援）	日本肝胆膵外科学会
子宮悪性腫瘍手術（ロボット支援） ・・・「子宮体がんに限る」の文言がなくなった	日本産科婦人科学会

一方で、これまで手術通則18として認められていた直腸切除術・切断術（ロボット支援）は、「K740-3 腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）」として、これまでの「K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術」より3,500点増点された手術として認められました。

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（手術症例数の緩和）を要望し、認めていただきました。

各学会からの要望以外に、外保連として平成26年度改定以降増点が一度も認められていない術式1,181件の増点要望も提出しており、令和8年度改定では、手術18件の増点が認められました。

令和8年度改定において、整形外科領域におけるKコードの大幅な見直しがなされ、これにより術式数は大幅

に増加、術式名が変更となった術式は644件にもなりました。これは、外保連の岩中督名誉会長が外保連会長時代から要望し続けてきた内容です。これまでのKコードは、診療報酬改定ごとに様々な追加等を行ってきたため、複雑な枝番号によって収載されており、この結果、手術分類体系としては一定の規則がなく、部位と術式が混在しているものが見受けられました。外保連手術試案第8版（外保連試案2012）で大江和彦教授（東京大学名誉教授）と波多野賢二先生（国立精神・神経医療研究センターデータマネジメント室室長）のご指導により、全術式のコーディングを行いました。このコードは外保連基幹コード（STEM7）といわれ、操作対象部位、基本操作、手術部位への到達法、アプローチ補助器械を連結したものです。

令和4～5年度厚労科研「リアルワールドデータ（RWD）に基づく外科手術等の高度化・多様化する医療技術の評価及びRWDの活用」に資する研究（研究代表者：岩中督東京大学名誉教授）において、1つのKコードに複数のSTEM7が該当する手術の麻酔時間を検討、その結果「骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿」や「関節内骨折観血的手術（肩、股、膝、肘）」について、部位によって麻酔時間の分布が異なっていることが明らかになり、「整形外科領域Kコード整理プロジェクトチーム」を立ち上げ、Kコード新分類案を提案してきました。令和6年1月の医療技術評価分科会で「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(ICH)）の状況も踏まえ、研究班により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」と回答でありました。このため「Kコード精緻化・合理化プロジェクトチーム」（チームリーダー：平泉裕先生、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、日本脊椎外科学会）を再結成し、再検討を加え、最終案を厚生労働省に提出しました。これにより令和8年度診療報酬改定では、整形領域で大幅なKコードの見直しが行われました。具体例の1例を示すと「人工関節置換術」は3術式から、部位によって肩関節（腱移行の有無で細分類）、股関節、膝関節、肘関節、手関節、足関節、手指関節、足趾関節の9術式となりました。

今回精緻化した整形外科領域の手術点数はこれまでと同額であり、令和10年診療報酬改定に向けて、部位によって増点要望を提出する予定です。また形成外科やIVRの手術についても、部位と術式が混在しているものがあり、こちらも今後の精緻化を行いたいと考えています。

外保連では、診療報酬表に収載されているすべての手術に対して、これまで4年ごとに大規模な実態調査を施行し、常に最新の手術時間を掲載してきました。直近の令和6年調査では、日本外科学会の指定・関連施設や各加盟学会の専門施設など、計2,305施設にアンケート

を依頼し、719施設から回答をいただき回答率31.2%、実に361,135症例という膨大なデータが集まりました。さらに今回からは、学会独自の調査に加えて、「National Clinical Database (NCD)」や整形外科の「JOANR」の手術時間データも公式に使用し、調査件数が20件以上集計できた手術を対象に、手術時間を「中央値+1/2 SD」という数式を用いて厳密に修正・更新しました。

その結果、手術試案第9.5版において、手術時間が「短縮」した術式は514件もあり、手術時間が50%以上短縮した術式が73件に及びました。医療機器の進歩や外科医の習熟によって手術時間が短縮することは素晴らしいことですが、これにより診療報酬点数が減点されてしまうのではという心配をしておりましたが、結果的には減点された術式はなく、胸をなでおろしているところです。

逆に、実態調査によって手術時間が以前よりも「長くなった」と判定された術式も450件あり、手術時間が50%以上長くなった術式が157件に及びました。手術時間が長くなるということは、それだけ手術の複雑さや難易度が増し、より丁寧な手技が求められている実態を反映しており、これらの手術料の「増点」を期待していましたが、冒頭で申し上げた通り、今回の改定は通常改定分の財源が極めて乏しかったため、期待したほど多くの術式で増点を勝ち取ることはできませんでした。次期改定に向けた大きな宿題であると考えております。

各手術委員の先生方におきましては、令和8年度改定結果の分析も終わらないうちに令和10年度診療報酬改定に向けての大変な作業が既に始まっていると思いますが、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。

〇処置委員会 委員長 平泉 裕



令和8年度診療報酬改定が施行され2か月が経過した。処置領域における改定結果を検証し、次期改定に向けた課題を共有したい。

今回の改定では、処置試案（総数705件）に基づき、新設要望4件、改正要望27件を厚生労働省に提出した。その結果、Jコード新設は2項目であった。1つは、電気インピーダンス断層撮影（J045-3、1,550点）で、ARDS等の人工呼吸管理において換気分布を可視化し、設定を個別最適化する技術である。もう1つは、同種死体移植腎機械灌流保存（J062-2、18,848点）で、薬事承認された機械灌流装置による臓器保存プロセスを技術として明確に評価したものである。いずれも、単なる「行為」ではなく、時間・人員・機器・リスクを伴う医療技術として点数化された点は、処置委員会がかねて求めてきた評価軸の転換を反映していると考えている。

既記載技術については22項目で増点の実現した。多くは20%前後の増点で、尿路ストーマカテーテル交換法（J043-5、100点→150点）は50%増となった。腎嚢胞又は水腎症穿刺（J012）、局所陰圧閉鎖処置・腹部開放創（J003-3）、イレウス用ロングチューブ挿入法

（J034）、持続的胸腔ドレナージ（J019）、関節穿刺（J116）など、穿刺・ドレナージ・呼吸循環関連の基本処置に底上げが及んだことは評価できる。Jコード削除は0項目であった。また、関連領域でも上腕静脈用カテーテル挿入（G005-5）、体温調節療法（L008-3）、リンパ浮腫複合的治療料（H007-4）などに反映があり、章横断的な広がりも見られた。働き方改革との関連では、休日・時間外・深夜加算1の要件に、緊急呼出し当番体制の勤務間インターバルが追加された。

一方で、残る課題も明らかである。材料費・特殊機器・保守費の上昇が点数に十分反映されておらず、低点数の処置ほど人件費・手技リスクとの乖離が大きい。また、点数評価とアウトカム指標（合併症回避、治療成功率、再処置回避、患者機能・QOL、医療資源効率等）との接続は、処置領域ではまだ弱いと言わざるを得ない。

来年度に向けては、処置試案のコスト評価にアウトカム評価を接続し、「質を高める点数評価」の設計を進めたい。処置委員会としては、試案の精緻化、実態調査、アウトカム指標の整備を継続する所存である。

会員各位には引き続き御協力をお願いします。

〇検査委員会 委員長 土田 敬明



新設提案に関しては、20項目の提案のうち考慮されたものは3項目（15%）であった。令和6年度改定では、21項目の提案のうち2項目（約10%）が考慮されており、前回改定より採択率は上昇している。考慮された技術は、電気インピーダンス・トモグラフィ（EIT）、胸腔内視

鏡検査（凍結生検法）、および、ICGによる近赤外線リンパ管・リンパ節造影の3項目である。

既記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、3項目（約14%）が考慮された。令和6年度改定では、22項目の提案のうち1項目（約5%）が考慮されており、既記載技術においても、前回改定より採択率は上昇している。考慮された技術は、術中血管等描出撮影加算（肺区域切除）、肝エラストグラフィ撮影加

算（適応拡大）、および、前眼部三次元画像解析（適応拡大）の3項目である。

また、提案以外で、CT撮影及びMRI撮影の増点があった（CT；128列以上のマルチスライス型の機器による場合、MRI；3テスラ以上の機器による場合）。

令和8年診療報酬改定結果は令和6年改定よりは改善されたが、令和4年改定と比較すると横ばいであった。

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有効である技術の評価について検討を開始したが、令和8年度にも、引き続き技術度は低いが有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、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行った。令和8年度には、コーディングの整合性について検証を行う予定である。

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10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8年度には技術評価の基準に基づいて評価する予定である。

参考：AI診療に対する外保連試案（案）

1. AI診断に係る技術度（案）

AIを施行医ととらえ、技術度をつけて算定

【診断技術度】

A 初期臨床研究医に相当→いわゆるCAdEに相当

B 初期臨床研究医修了者に相当→診断結果を医師等に提示し診断を支援

C 基本学会の専門医クラスに相当→マルチモーダル情報を統合して導いた診断結果を医師等に提示し診断を支援

D 専門学会の専門医クラスに相当→マルチモーダル情報に基づいて自動診断（医師が確認）

E 高度な技術に熟練した専門医に相当→マルチモーダル情報に基づく完全自動診断

2. AI管理に係る技術度（案）

AI診断について判断するヒトに係る技術度

【管理技術度】

A 初期臨床研究医に相当→該当なし

B 初期臨床研究医修了者に相当→診断結果を容易に判断することが可能

C 基本学会の専門医クラスに相当→診断結果の判断に基本学会の専門医クラスの知識が必要

D 専門学会の専門医クラスに相当→診断結果の判断に専門学会の専門医クラスの知識が必要

E 高度な技術に熟練した専門医に相当→診断結果の判断により高度な知識が必要

〇麻酔委員会 委員長 森崎 浩



令和8年度診療報酬改定における外保連新規要望の採択率は31.9%、改正要望の採択率は28.5%との結果でしたが、麻酔関連領域では削除申請以外の新規あるいは改正要望はほぼ不採択という極めて残念な結果となりました。加盟学会からの個別要望は診療ガイドラインを含む一定水準以上の証拠提示と許容範囲の予算規模と考えられますが、継続的な活動に加え、医療技術評価提案書の取りまとめにこれまで以上に知恵を絞って、申請いただく必要があると思考しております。

今回の改定では大幅な「全身麻酔の評価の見直し」がなされました。L000 迷もう麻酔、L001 筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔、L001-2 静脈麻酔1 短時間のもの、L007 開放点滴式全身麻酔が、新たにL001「吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静」として統合されました。迷もう麻酔や開放点滴式全身麻酔など時代遅れ感を否めない用語が医科診療報酬点数表から削除された一方、20分未満の全身麻酔が診療報酬上は「鎮静」の範疇となり、急性期入院基本料、急性期総合体制加算やハイケアユニット入院医療管理料施設要件の全身麻酔

件数として評価されない点には十分な留意が必要です。またL008「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」が新たに「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」と見直されました。声門上器具又は気管挿管による気道確保が適切ではないと麻酔科標榜医が判断した場合、15歳未満の小児では算定可能なものの、回避する医学的な必要性は成人でもありえるとの指摘や検査・処置等の深鎮静時に既に予防的に声門上器具を留置しているとの指摘もあり、この見直しの波及効果をよく見定める必要があると考えています。加えてL001-2 静脈麻酔2及び3を麻酔管理体制に依拠して評価を見直し、「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）1～4」が新設されました。具体的には麻酔管理料Ⅰ又はⅡを届け出ている施設で実施される深鎮静が大幅な増点がされたものの、いまだ不十分な点数に留まる点やL008にある麻酔が困難な患者加算がない等の指摘もあり、増加傾向にあった深鎮静件数を一段と加速するか見届ける必要があると考えています。

令和10年度改定に向けて、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・副委員長間での協議を4月と6月に開催し、今後の課題と方向性を探る活動を開始しました。また例年通り、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取りまとめている

ただいている合理的な原価計算の見直しをより精力的に進めてまいります。今後も麻酔委員会の活動にご支援を賜りますようお願い申し上げます。

○内視鏡委員会 委員長 清水 伸幸



外保連経由で提出された新設技術6項目【内視鏡下上咽頭擦過療法、内視鏡治療後欠損部閉鎖、潰瘍性大腸炎関連腫瘍ESD、内視鏡的十二指腸乳頭切除術、肺切除術用マーカ留置術（気管支鏡下）、ディスポーザブル軟性膀胱鏡を用いた膀胱尿道ファイバースコピー】は採択されず、

改正技術8項目【大腸内視鏡のAI診断支援、内視鏡的胃食道逆流防止術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術（5cm超）、内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術、光線力学療法、経気管支凍結生検法、内視鏡的経鼻胆道ドレナージ術、内視鏡的胆道ステント留置術】は「光線力学療法」のみ通知の形で考慮されました。

内保連経由で提出された新設技術1項目【上部消化管内視鏡検査（AI診断支援あり）】は採択されず、改正技術7項目【内視鏡的経口カプセル内視鏡留置術、小腸・結腸狭窄拡張術（バルーン内視鏡によるもの）（狭窄が4ヶ所以上の場合）、内視鏡的小腸ポリープ切除術（ポリープ5個以上または大きさ3cm以上の場合）、内視鏡を用いた狭帯域光による画像強調観察法、超音波内視鏡検査（胆膵疾患診断目的の超音波内視鏡加算の増点）、経皮的内視鏡下胃瘻造設術時の加算点数、小児鎮静下内視鏡加算】は「内視鏡的経口カプセル内視鏡留置術」で年齢制限が削除され、「経皮的内視鏡下胃瘻造設術時の加算点数」が増点される形で考慮されました。

外保連・内保連経由の要望以外で内視鏡に関連して、【内視鏡的食道悪性腫瘍冷凍焼灼術、超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術】の2技術が新設、【胃・十二指腸ファイバースコピー 胆管・膵管鏡加算、胆道ファイバースコピー、腎盂・尿管ファイバースコピー（片側）、超音

波内視鏡下穿刺吸引生検法、組織試験採取 直腸、経尿道的尿管ステント留置術】の6技術が改正されました。外保連・内保連からの要望項目を考慮したと思しき新設・改正が見受けられ、増点された項目が全て2割増であったことの意味合いを確認する必要もあると考えております。

＜来年度に向けて＞

内視鏡試案改訂作業:ver1.7(外保連試案 2028 掲載)

今回は、通常の新規技術・改正技術掲載の検討に加えて、「試案の考え方」内の「洗浄消毒料」を予備洗浄以外の作業について、各種洗浄の実態を反映する方法を提案、洗浄消毒に5つのカテゴリーを設け、技術ごとに診療報酬を要望できるよう検討を進めます。

人工知能関連手技に関しては、手術委員会・処置委員会・検査委員会と連携しながら、合理的な掲載ができるよう取り組んでまいります。

処置・手術関連項目に関してはSTEM7に準じた7桁分類コードを掲載し、手術試案・処置試案との整合性をとり、検査項目への分類コード掲載は、JLAC10に準拠した15桁分類コードと、WHOが提唱する医療行為の国際分類（ICHI）との擦り合わせに関する議論をふまえて検討いたします。

今後も検査試案・処置試案・手術試案と齟齬のない改訂を進め、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適切に反映する診療報酬改定を目指して、影響力のある試案であり続けるよう努めてまいります。

◆加盟学会の活動だより

第78回日本産科婦人科学会学術講演会に於ける外保連との共同企画について

日本産科婦人科学会 社会保険委員会
委員長 甲賀かをり
主務幹事 石川 博士

第78回日本産科婦人科学会学術講演会(令和8年5月15～17日、於：北海道札幌市)の最終日、5月17日に札幌市教育文化会館小ホールにて、社会保険委員会・外科系学会社会保険委員会連合(外保連)共同企画「産

婦人科領域における、令和8年診療報酬改定の評価一厚生労働省、外保連、産婦人科サブスペシャルティ領域の立場から」を開催致しました。

本会社会保険委員会より甲賀かをり委員長と齋藤豪

副委員長が座長を務める中、最初の演者として厚生労働省保険局医療課の梅木和宣先生が登壇され、「令和8年度診療報酬改定の概要」と題して、診療報酬改定のプロセスの説明に続き、令和8年度の概要、および産婦人科関連の個別項目を含め改定結果についてご講演くださいました。

次に、外保連会長の瀬戸泰之先生が「令和8年診療報酬改定の評価—外保連の立場から—」の演題で講演され、診療科偏在対策の推進に向け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たこと、および高度急性期病院におけるロボット支援手術の評価として内視鏡手術用支援機器加算が認められたことの2点を今回の診療報酬改定のポイントとして挙げられました。ロボット支援手術を実施すればするほど赤字になるとの声が聞こえて来る中、外保連がロボット支援手術を重要課題と位置づけ、厚生労働省に働きかけを行った結果が表れたこと、但し、産婦人科関連では良性疾患を対象とするK877-2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術は含まれないこと、また、今回の改定では手当や加算は増えたものの、手術料自体はあまりアップしなかったことなどが述べられました。更に、外保連試案による考え方と実際の診療報酬点数について、海外の例や ChatGPT の回答なども交えて説明され、外保連が引き続き手術料そのもののアップを目指して取り組んでいく為の加盟学会による理解と協力を求められました。

続いて、日本産科婦人科学会社会保険委員会より、西井修先生が「産婦人科要望項目の総括」の演題で講演され、石川博士先生による「婦人科良性疾患における令和8年改定の評価」、寺井義人先生「婦人科悪性疾患における令和8年改定の評価」、市塚清健先生「産科領域における令和8年改定の評価」と、産婦人科サブスペシャリティに関する講演の後、出演者全員による総合討論が行われました。

学会最終日の日曜午前のプログラムにもかかわらず、日本産科婦人科学会として初めての試みとなる今回の外保連との共同企画には、多くの会員が来場し、診療報酬改定への関心の高さが窺われました。また、本番を前にした出演者間の打ち合わせも大変貴重な情報交換の

場となりました。日本産科婦人科学会では、今後も適正な診療報酬の実現に向け、外保連と緊密に連携しながら取り組んでまいります。

このたびの共同企画の開催をお認めくださいました第78回学術集会長の渡利英道先生、および当企画の成功にご尽力くださいました大会スタッフの皆様、そして何よりも、ご多忙の中、当企画の為に遠方より札幌まで足をお運びくださいました外保連会長の瀬戸泰之先生、並びに厚生労働省の梅木和宣先生に心より感謝申し上げます。



◆編集後記

広報委員会 委員長 河野 匡



皆様がこの外保連ニュース 46 号を手にとるときにもまだ暑い季節が続いているのかと思います。猛暑を乗り越えて皆様がお元気で外科診療に向かっていることと思います。地球温暖化の影響による豪雨などの災害と各地の地震による災害など、

暗いニュースが多いこのころです。皆様が無事で過ごされることを願っております。今回は外保連ニュース 46 号をお届けします。

今回の診療報酬改定がどのようなものであったかを各委員長から報告していただきました。また、甲賀かを総務委員長からは第78回日本産科婦人科学会学術講演会における外保連との共同企画についての報告

がありました。外保連としては今後も様々な学会との共同企画を通じて、手術などの診療報酬の適正化に努めたいと考えております。

それぞれの委員長が報告しているように、今回の診療報酬改定では全体としては 3.09%で、30 年ぶりとかかなり久しぶりの高い改定率になりました。これ自体は久しぶりの明るいニュースと言ってもいいように思います。そのうちの賃上げの対応は 1.70%とのことです。このことと手術料の改定とをどのように考慮するといいいのかは難しいところです。外科医に振り向けられる賃上げ分が確かめられれば手術報酬が全体としてその分だけ上がったとも考えられます。これが他の業界の賃上げ率と比較するとした場合、報道されているものを参考にするとかかなり不十分な印象があり、人材確保の面で競争力が低下することが懸念されます。物価対応分の 0.76%、食費・光熱費分の 0.09%、経営環境悪化

の緊急対応で 0.44%などとされておりますが、もちろんこれらは完全に独立しては考えられません。それでも 2 年間の物価や人件費の増加分にはかなり不十分と言わざるを得ないと考えます。手術などの診療報酬の上昇に充てられる財源はかなり限られたものとなったと言えると考えます。

これ以外では、高難度手術やロボット支援手術の加算を通じて施設の集約化をはかる意図がみられることが注目されます。人口減少社会なので、集約化は避けて通れない課題です。集約化を進めるにはアクセスの確保を合わせて考慮する必要があるように感じます。各委員長からは今回の改定を踏まえての矛盾点や不合理点などが紹介されております。外保連としては今後も継続してこれらの解消に努めなければなりません。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

6 月 19 日に日本看護協会ビル JNA ホールに於いて、第 25 回三保連合同のシンポジウムを開催し、今回は『令和 8 年度診療報酬改定の総括』と題し、意見交換を行いました。

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

【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。