

## 外科医個人へのインセンティブ「画期的」、武富・北大教授◆Vol.3

「改革の第一歩」、北大病院が率先してモデルケースに

スペシャル企画 2026年3月25日 (水)配信 聞き手・まとめ：橋本佳子 (m3.com編集長)

前の記事

< [02 2026年度改定で年間11億円増収見通し、南須原・北大病院長◆Vol.2](#)

北海道大学病院副院長であり、消化器外科I教授を務める武富紹信氏は、日本外科学会理事長として外科医不足対策を牽引してきた（『「最大の課題は若手医師の外科離れ」、武富・外科学会理事長』を参照）。武富教授に、2026年度診療報酬改定で新設された、外科医への手当を条件とした「地域医療体制確保加算2」や「外科医療確保特別加算」の受け止めをお聞きした。

加算新設を「画期的」と高く評価し、北大病院で加算届け出を行い、算定のモデルケースとなることを目指す意向だ。同時に、本改定を「改革の第一歩」と位置づける。外科学会のサブスペシャリティにおいて新設加算の対象外となる診療科があるなどの課題に加え、外科医療の「集約化」と「均てん化」がバランスよく進むかを注視する必要があると強調した（2026年3月4日にインタビュー）。

### 現場の外科医「他の診療科と比べて報われない」

——「地域医療体制確保加算2」や「外科医療確保特別加算」の受け止めをお教えてください。

結局のところ、これまでは「やりがい」といった言葉で外科医療は維持されてきましたが、そこには限界がありました。現在は外科医が減少しており、若手が入ってこないだけでなく、特に中堅層がドロップアウトして辞めてしまう状況に陥っています。

現場を改善するために何をすべきか。診療環境の整備など課題は多々ありますが、多くの外科医が口を揃えるのは「他の診療科と比べて報われない」ということです。長時間の手術をこなし、自分たちの時間を削って取り組んでいる中、ワークライフバランスを考えると「やりがい」だけでは続けられない。最終的に何を評価すべきかと言えば、やはり給与面などの待遇改善です。

そうした状況の中、国の後押しもあり、国民の間にも「外科医が頑張っているから応援しよう」という空気が醸成されてきました。これは外科医にとって非常にうれしいことです。

外科医療への診療報酬上の評価は、これまでも行われてきました。しかし、「病院の経営難」という状況の中で、それらの資金はほとんどが病院に吸収され、外科医個人の手元には届きませんでした。それに対して今回の改定は、外科医個人に直接インセンティブを渡すことが明記された点で画期的です。



## 「20年後には消化器外科医が半減」のインパクト大

——「空気が醸成されてきた」とのことです。学会でかなり各方面に働きかけてこられた。

各学会が様々な形でアピールを続けてこられました。その中でも、特に精力的に活動されたのは調憲先生（群馬大学肝胆膵外科学分野教授）が理事長を務める日本消化器外科学会ではないでしょうか。最もインパクトがあったのは、「外科医減少の推計」だったと感じています（『医師総数増も消化器外科医は20年で1割減 - 日本消化器外科学会ワーク・イン・ライフ委員会に聞く◆Vol.1』などを参照）。

「20年後の2043年には消化器外科医が半減する」という予測は非常に衝撃的で、多くのマスコミにも取り上げられました。これにより、「このままではいけない」「それでは困るのではないか」という危機意識が社会全体に広まる大きなきっかけとなりました。

日本外科学会としても、2024年9月には厚生労働省の森光敬子医政局長に「新たな地域医療構想に対する外科からの提言要望書」を提出するなど、関係各所に対して粘り強く働きかけを行ってきました（日本外科学会ホームページを参照）。その結果として議論が盛り上がり、ようやくここまで到達できたことは、非常に感慨深いものがあります。

## 加算対象、外科学会サブスペ6科中3科のみ

——「地域医療体制確保加算2」や「外科医療確保特別加算」による手当の対象は、消化器外科、心臓血管外科、小児外科、循環器内科です。この4科に限定された受け止めは。

日本外科学会のサブスペシャルティには、消化器外科、心臓血管外科、小児外科、呼吸器外科、乳腺外科、内分泌外科の6領域があります。今回の2つの加算対象となっているのは、消化器外科、心臓血管外科、小児外科であり、残る3領域は含まれていません。日本外科学会の会員全員が恩恵を受けられるわけではなく、手放して喜ぶとまでは言えないのが実情です。また、外科学会のサブスペシャルティ以外にも脳神経外科、救急科、消化器内科など多忙な診療領域は存在しており、対象から漏れた外科系診療科への懸念も残ります。

さらに、手術を完遂するためには外科医の力だけではなく、麻酔科医や病理医、さらには臨床工学技士や看護師といった多職種のスタッフによる協力が不可欠です。今後は、こうした「チーム全体への評価」という点も大きな課題となってくるでしょう。

## 過度な「集約化」を懸念、「均てん化」とのバランスで

——これらの加算は手術の「集約化」も目指したものとなっています。

今後の人口減少社会を見据えれば、急性期医療の集約化は避けて通れない課題です。外科医のみならずスタッフ全体の勤務環境を改善し、手術の質と安全性を担保する観点からも集約化は欠かせません。

しかし一方で、集約化による「アクセスの悪化」という懸念も残ります。例えば、気胸や腸閉塞、急性胆嚢炎といった緊急対応が必要な疾患であっても、遠方の病院まで搬送せざるを得ない事態となれば、特に広大な面積を持つ北海道のような地域では深刻な問題となります。

日本外科学会は以前から、「集約化」と「均てん化」のバランスを訴え続けてきました。患者のアクセスを考慮した「均てん化」を保つには、地方で少人数で奮闘する第一線の外科医への支援も必要です。今改定で、「医師個人へのインセンティブ」を認めた上で集約化を促し、外科医が適切な環境で働けるようにされた点は高く評価できます。ただ、解決すべき課題も残るため、今回は「改革の第一歩」と捉えています。関係者が納得し、皆が恩恵を享受できる仕組み作りを、引き続き厚生労働省へ訴え続けていきます。

## 大学では加算算定可能、市中病院には高いハードルか

——「地域医療体制確保加算2」や「外科医療確保特別加算」は、どの程度の施設が算定する見通しでしょうか。

特に「外科医療確保特別加算」は、経験5年以上の常勤医が6人以上という施設基準があるなど、ハードルは決して低くありません。大学病院では算定可能だと思われませんが、市中病院においては都市部の基幹病院に限られるのではないのでしょうか。例えば、心臓血管外科と呼吸器外科と一体的に運営するなどの工夫も必要になってくるかもしれません。一方で、地方の第一線の病院にとっては、届け出の壁は高いと言わざるを得ません。

また、同加算には「加算額の30%以上に相当する額を手術を実施した診療科の医師に支給する」「その支給額の8割以上を常勤医師に充てる」といった要件があります。加算の特性上、事務的な負担がかかる割には、病院側の「実入り」が多いとは言えません。各施設で算定を実現するためには、この加算の意義を深くご理解いただき、相当なご尽力をいただく必要があります。

また、「大学病院さえよければいい」では済みません。だからこそ、「手間を抑え、事務負担なく取得できる運用」を確立しなければなりません。幸い北大病院では南須原病院長、事務部長をはじめとした病院幹部に理解があり、算定に向けて準備を進めています。北大病院が率先してモデルケースとなり、各施設へ取得を強く呼びかけていくことが重要です。

繰り返しになりますが、今回の加算は画期的です。よくここまで踏み込んでくださったと感じています。現場がいかに疲弊しているか、「外科医療が、このままでは5年後、10年後には取り返しのつかないことになる」という危機感があるのだと思います。厚生労働省としても、せっかく新設した加算なので、各病院でしっかりと活用してほしいと考えているはずです。

1年後に「あの加算は何だったのか」となるのか、あるいは給与が月10万、15万円と増えて外科医が生き生きと働くようになっているのか。学会としては、算定施設の傾向や個人への手当額、施設の集約化が進むかなどを注視していく必要があります。

【北大病院・外科医へ直接手当、新加算のモデル目指す】（2026年3月4日に取材）

Vol.1 外科医の処遇改善「新加算」、北大病院が算定へ

Vol.2 2026年度改定で年間11億円増収見通し、南須原・北大病院長

Vol.3 外科医個人へのインセンティブ「画期的」、武富・北大教授

前の記事



02 2026年度改定で年間11億円増収見通し、南須原・北大病院長 ◆ Vol.2

## 外科医個人へのインセンティブ「画期的」、武富・北大教授

□0 ♪7 ◎62

コメントの続きを見る

## 北大病院・外科医へ直接手当、新加算のモデル目指す 連載記事一覧

最新回

03 外科医個人へのインセンティブ「画期的」、武富・北大教授◆Vol.3

表示中のページ | 3月25日



02

2026年度改定で年間11億円増収見通し、南須原・北大病院長◆Vol.2

3月18日



01

外科医の処遇改善「新加算」、北大病院が算定へ◆Vol.1

3月11日



記事検索

ニュース・医療維新を検索

