

スライド説明用資料

- (1) 健保法等の改正のポイント
- (2) 平成 1 4 年 1 0 月実施診療報酬改定項目



(1) 健保法等の改正のポイント

健保法等の一部改正

1. 一部負担金の引上げ

(1) 高齢者：70歳以上

老人保健：75歳以上

医療保険（一般）：74歳以下

* 経過措置：74歳以下も老人保健と同一の負担割合

(2) 高齢者の区分

低所得者

一般

一定以上所得者

2 割定率

(3) 月額上限制限の廃止

高額医療費（療養費）化

高額医療費（療養費）自己負担限度額：外来・入院は別

低所得者

一般

自己負担限度額に差あり

一定以上所得者

2. 一部負担金の引下げ

3歳未満：2割

3. 一部負担金徴収方法（医療機関窓口）

入院・在総診・在医総：自己負担限度額を超えた分は代理受領

その他：無制限（一時的）

4. 医療費（療養費）償還方法（市町村・保険者窓口）

簡素化・迅速化



健 保 法 等 の 改 正 の ポ イ ン ト (総 論)

〈平成14年10月実施分〉

1. 老人保健の対象年齢を70歳から75歳以上に引上げ。(段階的实施)
2. 老人保健法による医療に対する公費負担割合の引上げ。(段階的实施)
3. 70歳以上の高齢者の一部負担金は入院・入院外とも定率1割負担。
(老人保健対象者以外も含む)
4. 定額制および一部負担金上限制の廃止。(老人外来一部負担金)
5. 所得が一定以上の70歳以上は、入院・入院外とも2割負担。
6. 老人保健の対象外の70～74歳は、保険者から新たに「高齢受給者証」が交付され、1割負担・2割負担の区分が記載される。
7. 老人保健対象者には、市町村から「医療受給者証」が交付され、1割負担・2割負担の区分が記載される。



健 保 法 等 の 改 正 の ポ イ ン ト (総 論)

〈平成14年10月実施分〉

- 8. 70歳以上の高齢者には、高額医療費(療養費)制度を適用。
窓口負担の除外規定:入院患者、寝たきり老人在宅総合診療料または在宅末期医療総合診療料算定患者は、
限度額を超えた一部負担金徴収なし。
- 9. 70歳になった段階での薬剤一部負担金は徴収しない。
- 10. 3歳未満の乳幼児の自己負担は、入院・入院外とも2割負担。

高 齢 者 の 一 定 以 上 所 得 者 の 定 義

1. 前年の課税所得が124万円以上の高齢者およびその同一世帯に所属する高齢者(健康保険加入者については、標準報酬月額28万円以上である者及びその被扶養者)。
2. 上記に該当する場合でも、当該世帯の高齢者の年収が637万円(高齢者がひとりの場合は450万円)に満たないときは、市町村または保険者に申請することによって1割負担となる。



医療機関は、窓口で「高齢受給者証」や「医療受給者証」に明記される1割負担・2割負担の区分を確認して一部負担金を徴収する。

高齢者の一部負担金徴収における留意事項

1. 患者さんが「高齢受給者証」を持参しなかった場合

原則として2割徴収とするが、定期的に受診する患者さんの場合などは1割を徴収し次回受診の際に確認するなどの弾力的対応も可。

2. 「高齢受給者証」を持参しなかったため2割負担を徴収したがその患者さんが1割負担該当者だった場合

医療機関が患者さんに差額の1割分を返す必要なし。

差額分は患者さんと保険者・市町村間で調整。

高齢者の一部負担金徴収における留意事項

3. 世帯構成の変更などで負担区分が変わった場合

保険者・市町村が速やかに判定し、原則として翌月から「高齢受給者証」に新しい負担区分を適用する旨明記。

4. 世帯構成の変更などで負担区分が変わっても、古い「高齢受給者証」で患者さんが受診を続けた場合

医療機関は患者さんが提示した「高齢受給者証」に明記された負担区分に沿って一部負担金を徴収。

過誤調整は患者さんと保険者・市町村間で実施。



健保法等の改正の主なもの（各論）

【平成14年10月1日実施分】

〈70歳以上の高齢者〉

1. 老人保健対象年齢の引上げ:

70歳以上 75歳以上（5年間で段階的に引上げ）

(1) 平成14年中に70歳になる人の区別

昭和7年9月30日までに生まれた人

老人（老人保健(老人の点数)を適用)

昭和7年10月1日以降に生まれた人

一般（健康保険(一般の点数)を75歳になるまで適用)

注： の患者一部負担割合の取扱いは同じ

（一般：1割、一定以上の所得者：2割）

(2) 65歳以上の寝たきり等の状態にある者の取扱い

従来どおり市区町村長の認定により「老人保健対象者」
として取扱う



〈 70 歳 以 上 の 高 齢 者 〉

2 . 70歳以上の患者さんの一部負担金

(1) 一部負担金(入院・入院外とも)

一定以上所得者:定率2割

一般・低所得者:定率1割

(2) 一部負担金徴収限度額

* 入院、寝たきり老人在宅総合診療料または在宅末期医療総合診療料算定患者さんに対する1ヶ月の一部負担金の額が次の金額に達した場合、その医療機関ではそれ以上は徴収しない。

	入 院	在 総 診 等
一 定 以 上 の 所 得 の あ る 高 齢 者	72,300 円 + (医 療 費 - 361,500 円) × 1 %)	40,200 円
一 般 の 高 齢 者	40,200 円	12,000 円
市 町 村 民 税 非 課 税 世 帯 の 高 齢 者	24,600 円	8,000 円
さ ら に 一 定 の 所 得 に 満 た な い 高 齢 者	15,000 円	8,000 円



〈一般医療保険対象者（70歳未満）〉

1. 一部負担金

3歳～69歳は従来どおり

3歳未満は2割負担

2. 高額療養費

自己負担限度額の引き上げ(別紙参照)

制度の考え方に変更なし

高額となる特定疾病患者の負担軽減

(従来どおり:70歳以上も共通)

自己負担限度額10,000円 / 月

[対象疾病]

- ・ 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- ・ 血漿分画製剤投与の先天性血液凝固因子障害
第Ⅰ因子障害・第Ⅱ因子障害
- ・ 抗ウイルス製剤を投与している後天性免疫不全症候群

〈平成15年4月実施分〉

1. 被用者保険において、賞与からも月給与と同様に保険料を徴収する「総報酬制」を導入。
2. 総報酬制のもとで政管健保の保険料率を85 / 1000から82 / 1000に改定。(労使折半)
3. 3歳～69歳の一部負担金は3割負担。
4. 69歳以下の薬剤一部負担金制度を廃止。

患者一部負担割合の見直し

現 行

平成14年10月～

70歳
以上

1割上限制
(診療所外来:定額選択制)

外来薬剤一部負担(6歳以上)

本人
2割

家族
外来
3割

家族
入院
2割

3割

被用者保険

国保

75歳
以上

1割(一定所得以上は2割)

70～
74歳

1割(一定所得以上は2割)

3～
69歳

平成15年3月まで:
現行どおり

平成15年4月～:
3割統一

3歳
未満

2割

被用者保険・国保とも



70歳以上の人の自己負担限度額（参考）

所得区分		外来 月額上限	入院 月額上限 高額医療費	所得区分		自己負担限度額	
						外来(個人ごと)	(すべての自己負担額を世帯で合算) 高額医療費 / 高額療
一般		平13.1～平14.3 = 3,000円 (200床以上病院 5,000円) ↓ (医療費スライド) ↓ 平14.4～平14.9 = 3,200円 (200床以上病院 5,300円)	37,200円 世帯合算 (30,000 円以上対象) も同額	一定以上所得者		40,200円	72,300円 + (医療費 - 361,500円) × 1% 多数該当 = 40,200円
				一般		12,000円	40,200円
低所得者	住民税非課税(世帯の主たる生計維持者が非課税)		24,600円 世帯合算 (21,000 円以上対象) も同額	低所得者 (住民税非課税 = 世帯主・世帯員全員が非課税)		8,000円	24,600円
	老齢福祉年金受給者		15,000円				15,000円



70歳未満の人の自己負担限度額（参考）

所得区分	平成13年1月～平成14年9月	平成14年10月～平成15年3月	平成15年4月～
上位所得者	121,800円+	139,800円+	139,800円+
	(医療費 - 609,000円) × 1%	(医療費 - 699,000円) × 1%	(医療費 - 466,000円) × 1%
合算対象	30,000円以上	21,000円以上	据置き
多数該当	70,800円	77,700円	据置き
一般	63,600円+	72,300円+	72,300円+
	(医療費 - 318,000円) × 1%	(医療費 - 361,500円) × 1%	(医療費 - 241,000円) × 1%
合算対象	30,000円以上(昭和59年10月～)	21,000円以上	据置き
多数該当	37,200円(平成5年5月～)	40,200円	据置き
低所得者	35,400円(平成5年5月～)	据置き	
合算対象	21,000円以上(昭和59年10月～)	据置き	
多数該当	24,600円(平成5年5月～)	据置き	



〈 改正法 附 則 明 記 事 項 〉

1. 平成14年度中に基本方針を策定

保険者の統合・再編を含む医療保険制度体系のあり方
新しい高齢者医療制度の創設(概ね2年を目途に所要の措置)
診療報酬体系の見直し

2. 概ね2年を目途に年次計画を策定・所要の措置

社会保険病院のあり方を見直し
社会保険庁の業務運営の効率化と事務の合理化

3. 概ね3年を目途に年次計画を策定・所要の措置

社会保険および労働保険の徴収事務の一元化
家計負担が著しく高額になる場合の軽減システムの創設
支払基金および国保連合会による審査・支払事務処理体制の
見直し

(2) 平成 1 4 年 1 0 月実施診療報酬改定項目



診療報酬改定 平成14年10月実施項目

1. 平成14年10月1日から適用される項目

[入院基本料]

- (1) 医療安全管理体制未整備減算 (1 日につき) ▲ 1 0 点
- (2) 褥瘡対策未実施減算 (1 日につき) ▲ 5 点

[平均在院日数の要件]

- | | | |
|-------------------------|---------|---------|
| (1) 一般病棟入院基本料 1 | 2 5 日以内 | 2 1 日以内 |
| (2) 一般病棟入院基本料 2 | 2 8 日以内 | 2 6 日以内 |
| (3) 急性期入院加算、急性期特定入院加算 | 2 0 日以内 | 1 7 日以内 |

[特定入院料]

- (1) 老人一般病棟入院医療管理料

平成14年9月30日において算定する医療機関以外は10月1日以降算定できない

- (2) 老人性痴呆疾患療養病棟入院料

平成14年9月30日において算定する医療機関以外は10月1日以降算定できない

[指導管理等]

- (1) 老人慢性疾患外来総合診療料 廃止



入院基本料の減算

【平成14年10月1日実施分】

- 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、次に掲げる点数を入院基本料の所定点数から減算する。

1. 医療安全管理体制未整備減算(1日につき) 10点
2. 褥瘡対策未実施減算(1日につき) 5点

医療安全管理および褥瘡対策に係る体制を準備した上で、平成14年9月1日から平成14年10月16日までの間に届出を行うこと。平成14年10月16日までに届出書の提出があり、10月31日までに受理が行われたものについては、10月1日に遡って減算せずに入院料を算定することができる。

1. 医療安全管理体制未整備減算(1日につき) 10点

施設基準

- ア. 安全管理のための指針が整備されていること。
安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。
- イ. 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。
院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されていること。
- ウ. 安全管理のための委員会が開催されていること。
安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。
- エ. 安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること。
安全管理のための基本的考え方および具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき、年2回程度に実施されることが必要である。



2. 褥瘡対策未実施減算(1日につき) 5点

施設基準

- ア. 当該保険医療機関において、褥瘡対策にかかる専任の医師、看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
- イ. 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、「別紙様式 5」を参考として褥瘡対策に関する診療計画を作成し、褥瘡対策を実施すること。
- ウ. 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。

看護要員の数

- 看護要員の数は、病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数であり、その算定に当たっては、看護部長等(専ら、病院全体の看護管理に従事する者をいう。)、当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等の看護要員の数は算入しない。ただし、病棟勤務と外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、集中治療室勤務、褥瘡対策にかかる専任の看護師等を兼務する場合は、勤務計画表による病棟勤務の時間を比例計算の上、看護要員の数に算入することができる。なお、兼務者の時間割比例計算による算入は、兼務者の病棟勤務延時間数を所定労働時間で除して得た数をもって看護要員の人員とする。



診療報酬改定 平成15年以降実施項目

2．平成15年4月1日から適用される項目

[入院基本料]

- (1)療養病棟入院基本料3～7 廃止
- (2)老人療養病棟入院基本料3～7 廃止

[特定入院料]

- (1)特定集中治療室管理料 重症患者等が9割未満の場合95%で算定

3．平成15年9月1日から適用される項目

[入院基本料]

- (1)老人病棟入院基本料 廃止
平14年3月31日において算定する医療機関のみ平成15年8月31日まで算定できる
- (2)老人病棟老人入院基本料 廃止
平14年3月31日において算定する医療機関のみ平成15年8月31日まで算定できる

4．厚生労働大臣が定める日(平成15年3月31日までに定める)から適用される項目

[入院基本料]

- (1)特定機能病院入院基本料(一般病棟)
特定機能病院は医療機関別包括評価を導入(概ね1年後を目途に導入)
- (2)老人特定機能病院入院基本料(一般病棟)
特定機能病院は医療機関別包括評価を導入(概ね1年後を目途に導入)



診療報酬改定 実施項目 その他

5 . その他

[長期入院に係る保険給付範囲の見直し]

180日を超える入院の特定療養費

平成14年4月1日～平成15年3月31日 = 95%

平成15年4月1日～平成16年3月31日 = 90%

平成16年4月1日～ = 85%

[基本診療料]

再診料、外来診療料、初・再診時の選定療養にかかる許可病床数のカウント
(200床)

平成14年4月1日 ～平成14年9月30日

許可病床数

平成14年10月1日～平成15年8月31日

精神・結核・感染症病床以外の病床数

平成15年9月1日 ～

一般病床数



長期入院に係る入院基本料等の特定療養費化の対象外となる患者

【 告 示 】 (平成14年3月11日 厚生労働省告示第88号)

- (1) 難病患者等入院診療加算を算定する患者
- (2) 重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- (3) 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等
- (4) 悪性新生物に対する腫瘍用薬(重篤な副作用を有するものに限る。)を投与している状態にある患者
- (5) 悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態にある患者
- (6) ドレーン法又は胸腔・腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
- (7) 人工呼吸器を使用している状態にある患者
- (8) 人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
- (9) 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。)
- (10) (1)から(9)までに掲げる状態に準ずる状態にある患者

【 例 示 : 通知(平成14年10月1日実施) 】



- (1) 末期の悪性新生物に対する治療を実施している状態
- (2) 呼吸管理を実施している状態
- (3) 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- (4) 肺炎等に対する治療を実施している状態
- (5) 集中的な循環管理が実施されている先天性心疾患等の患者

手術の施設基準の見直し

【平成14年10月1日実施分】

- 平成14年8月28日付け保医発第0828006号医療課長通知により、施設基準の一部が変更された。要点は以下のとおり。
 1. 区分1～3の手術項目については、従来の71区分を19区分にまとめる。
 2. 区分1～3の手術項目については、別紙に示す学会の認定を受けた「専門医」が手術を実施する場合には、手術の必要実施件数は従来の60%でよいことに緩和する。
 3. 区分1、2の手術項目の一部については、救命救急センター(充実段階評価A)で実施される場合、実施件数等の施設基準は適用されない。
 4. 乳児外科施設基準対象手術(1歳未満の乳児)の要件を緩和する。



1. 区分1～3の手術項目については、従来の71区分を19区分にまとめる。

施設基準に適合していない場合は、所定点数の70/100に相当する点数により算定することとなる(別紙参照)

(1) 区分1に分類される手術

7区分 5区分

(2) 区分2に分類される手術

13区分 7区分

(3) 区分3に分類される手術

51区分 7区分



2. 区分1～3の手術項目については、別紙に示す学会の認定を受けた「専門医」が手術を実施する場合には、手術の必要実施件数は従来の60%でよいことに緩和する。(別紙参照)

(1) 区分1に分類される手術

年間50例以上(専門医が実施する場合: 30例以上)

(2) 区分2に分類される手術

年間10例以上(専門医が実施する場合: 6例以上)

(3) 区分3に分類される手術

年間 5例以上(専門医が実施する場合: 3例以上)



3. 区分1、2の手術項目の一部(以下に示す)については、救命救急センター(充実段階評価A)で実施される場合、実施件数等の施設基準は適用されない。

(1) 区分1に分類される手術

K175脳動脈瘤被包術、
K176脳動脈瘤流入血管クリッピング、
K177脳動脈瘤頸部クリッピング、K511肺切除術

(2) 区分2に分類される手術

K695肝切除術

4. 乳児外科施設基準対象手術(1歳未満の乳児)の要件緩和

(1) 対象手術

1歳未満の乳児に対するK528先天性食道閉鎖症根治手術、
K535胸腹裂孔ヘルニア手術、K590単心室症手術(心室中隔造成術)、
K592完全大血管転換症手術、K594-2左心低形成症候群手術
(ノルウッド手術)、K684先天性胆道閉鎖症手術、K695肝切除術、
K751鎖肛手術(仙骨会陰式及び腹会陰式並びに腹仙骨式)、
K751-2仙尾部奇形腫手術、K756副腎悪性腫瘍手術、
K773腎(尿管)悪性腫瘍手術
(届出医療機関:100/100、届出医療機関以外:70/100に相当する
点数により算定する)

4. 乳児外科施設基準対象手術(1歳未満の乳児)の要件緩和

(2) 施設基準 (が追加された)

小児外科を標榜している保険医療機関であること。

乳児外科施設基準対象手術を年間20例以上
(平成13年1月から12月までの期間における実施件数に
ついては、15例以上)実施していること。

に掲げる実施件数には、以下に示す手術の実施件数を
加えることができる。

K568心房内血流転換手術、K573大動脈弁上狭窄手術、K574大動脈弁下狭窄
切除術(線維性、筋肥厚性を含む。)、K583肺静脈還流異常症手術(総肺静脈
還流異常のものに限る。)、K584ジャーン手術、K585冠動脈起始異常症手術
、K591両大血管右室起始症手術(右室流出路形成を伴うものに限る。)、K593
総動脈幹症手術、K594心内膜床欠損症手術(心室中隔欠損閉鎖を伴うもの。)
又はK729腸閉鎖症手術



〔別紙〕

手術のグループ化の見直し (平成14年10月1日実施)

1. 区分1に分類される手術 (実施件数: 年間50例以上 (専門医の場合は30例以上))

	手術項目	従来の区分	専門医・認定医の認定を行う学会
1	頭蓋内腫瘍摘出術、頭蓋内腫瘍摘出術及び経鼻的下垂体腫瘍摘出術	区分1	日本脳神経外科学会
	脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤流入血管クリッピング及び脳動脈瘤頸部クリッピング		
	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	区分3	
	定位脳手術		
	顕微鏡使用によるてんかん手術		
	脳刺激装置植込術、頭蓋内電極植込術及び脊髄刺激装置植込術		
	脳神経手術（開頭して行うもの）		
2	黄斑下手術、硝子体茎顕微鏡下離断術及び増殖性硝子体網膜症手術	区分1	日本眼科学会
	眼窩内異物除去術（表在性）及び眼窩内異物除去術（深在性）	区分3	
	眼窩内腫瘍摘出術（表在性）、眼窩内腫瘍摘出術（深在性）及び眼窩悪性腫瘍手術		
	眼筋移植術		
	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術		
3	鼓室形成手術	区分1	日本耳鼻咽喉科学会
	内耳窓閉鎖術	区分3	
	経耳的聴神経腫瘍摘出術		
	経迷路の内耳道開放術		
4	肺悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	区分1	日本胸部外科学会（呼吸器） 日本呼吸器外科学会 日本外科学会
	肺切除術及び気管支形成を伴う肺切除術	区分2	
	胸壁悪性腫瘍摘出術	区分3	
	膿瘍胸膜、胸膜肺切除術（通常のものとは胸腔鏡下のもの）		
	膿胸腔有茎筋肉弁充填術		
	胸郭形成手術（膿胸手術の場合）		
	気管支形成手術		
5	経皮的カテーテル心筋焼灼術	区分1	日本胸部外科学会（心臓・大血管）

〔別紙〕

手術のグループ化の見直し (平成14年10月1日実施)

2. 区分2に分類される手術 (実施件数:年間10例以上(専門医の場合は6例以上))

	手 術 項 目	従来の区分	専門医・認定医の認定を行う学会
1	靱帯断裂形成手術(関節鏡下によるものを含む。)	区分 2	日本整形外科学会 日本形成外科学会
	観血的関節授動術	区分 3	
	骨悪性腫瘍手術		
	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術		
2	水頭症手術	区分 2	日本脳神経外科学会
	脳血管内手術及び経皮的脳血管形成術		
3	涙嚢鼻腔吻合術	区分 2	日本耳鼻咽喉科学会
	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術	区分 3	
	鼻咽腔悪性腫瘍手術		
4	前立腺精嚢悪性腫瘍手術	区分 1	日本泌尿器科学会
	尿道下裂形成手術	区分 2	
	尿道上裂形成手術	区分 3	
	尿道形成手術		
	経皮的尿路結石除去術		
	経皮的腎盂腫瘍切除術		
	膀胱単純摘除術		
	膀胱悪性腫瘍手術(経尿道の手術を除く。)		
5	角膜移植術	区分 2	日本眼科学会
6	肝切除術	区分 2	日本消化器外科学会 日本外科学会
	脾体尾部腫瘍切除術及び脾頭部腫瘍切除術	区分 3	
	骨盤内臓全摘術		
	胆管悪性腫瘍手術		
	副腎悪性腫瘍手術		
7	子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)	区分 2	日本産婦人科学会
	卵管鏡下卵管形成術		
	女子外性器悪性腫瘍手術		
	膣壁悪性腫瘍手術	区分 3	
	造膣術(拡張器利用によるものを除く。)		



〔別紙〕

手術のグループ化の見直し (平成14年10月1日実施)

3. 区分3に分類される手術(実施件数:年間5例以上(専門医の場合は3例以上))

	手術項目	従来の区分	専門医・認定医の認定を行う学会
1	顔面神経麻痺形成手術	区分3	日本形成外科学会 日本耳鼻咽喉科学会 日本脳神経外科学会
	上顎骨形成術		
	頬骨変形治癒骨折矯正術		
	顔面多発骨折観血的手術		
2	耳下腺悪性腫瘍手術	区分3	日本耳鼻咽喉科学会 日本形成外科学会 日本口腔外科学会
	上顎骨悪性腫瘍手術		
	喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術		
	舌悪性腫瘍手術		
	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術		
3	バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	区分3	日本形成外科学会 日本耳鼻咽喉科学会
4	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	区分3	日本整形外科学会 日本形成外科学会
	神経血管柄付植皮術(手・足)		
	母指化手術、指移植手術		
5	内反足手術	区分2	日本小児外科学会 日本整形外科学会 日本形成外科学会
	先天性気管狭窄症手術	区分3	
6	食道切除再建術、食道腫瘍摘出術(開胸又は開腹手術によるもの、腹腔鏡・縦隔鏡下によるもの)、食道悪性腫瘍手術(単に切除のみのもの)及び食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)	区分3	日本消化器外科学会 日本外科学会 日本耳鼻咽喉科学会 日本胸部外科学会(食道)
	食道切除後2次的再建術		
	食道裂孔ヘルニア手術及び腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術		
7	移植用腎採取術(生体)、同種腎移植術	区分3	日本泌尿器科学会 日本外科学会

