

第14回 先進医療専門家会議 議事次第

日時：平成18年10月10日（火）10時00分～

会場：霞ヶ関東京會館シルバースタールーム（35階）

議 題

1. 先進医療の科学的評価（8月受付分）について
2. 先進医療の届出状況（9月受付分）について
3. 高度先進医療と先進医療の統合について

先進医療の届出状況について (8月受付分)

整理番号	先進医療名	適応症	先進医療費用 (自己負担)	特定療養費 (保険給付)	技術の概要	受付日
43	大槽内マイクロカテーテル留置法による破裂脳動脈瘤の塞栓術後のくも膜下出血溶解療法	脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血発症の患者で、以下の条件を満たす者 ・発症後48時間以内に脳血管撮影が開始できる者 ・年齢20歳以上75歳以下の者	17万6千円 (1回)	183万2千円 (入院14日間)	—	平成18年 8月15日
44	先天性銅代謝異常症の遺伝子診断	ウィルソン病 メンケス病 Occipital horn 症候群	9万8千円 (1回)	2千円 (通院2日間)	別紙1	
45	超音波骨折治療法	四肢の骨折 (手術を施行した場合に限る)	12万4千円 (1回)	179万9千円 (入院82日間 ・通院5日間)	別紙2	
46	代謝物質情報によるMRS(生体磁気共鳴スペクトロスコピー)診断	脳神経領域腫瘍性病変 前立腺癌 整形外科領域の腫瘍性病変	1万4千円 (1回)	1万5千円 (通院1日間)	—	

先進医療として届出のあった新規技術(8月受付分)に対する事前評価結果等について

整理番号	先進医療名	事前評価担当構成員	総評	適応症(審査結果)	その他(事務的対応等)	評価の詳細
43	大槽内マイクロカテーテル留置法による破裂脳動脈瘤の塞栓術後のくも膜下出血溶解療法	—	—	—	事務局より返戻 (当該技術に係る医薬品が薬事法上の適応外使用に該当しているため。)	—
44	先天性銅代謝異常症の遺伝子診断	渡邊 清明	適	ウィルソン病 メンケス病 Occipital horn 症候群	—	別紙1
45	超音波骨折治療法	越智 隆弘	適	四肢の骨折 (手術を施行した場合に限る)	—	別紙2
46	代謝物質情報によるMRS(生体磁気共鳴スペクトロスコピー)診断	—	—	—	事務局より返戻 (保険適用の範囲内であるため)	—

先進医療の名称	先天性銅代謝異常症の遺伝子診断				
適応症					
ウィルソン病 メンケス病 Occipital horn 症候群					
内容					
<p>(先進性)</p> <p>適応症となっている先天性銅代謝異常症の診断を遺伝子検査で確実かつ非侵襲的に行える点が従来の診断方法と比較して先進性がある。</p> <p>(概要)</p> <p>ウィルソン病は肝・脳・腎などに銅が蓄積する常染色体劣性遺伝疾患で、発症頻度は3.5万人に1人と高いが、早期に治療を開始することで予後は著しく良くなり、正常生活が可能である。メンケス病、Occipital horn 症候群は生後数ヶ月頃から発症するX染色体劣性遺伝疾患で、本症も早期治療で予後は良くなる。</p> <p>現在、先天性銅代謝異常症の診断に保険適用されている検査は、血清セロプラスミンと銅、尿中銅排泄等であるが、十数%の患者ではこれらの検査で診断ができない場合がある。また、確定診断には生検肝での銅濃度測定、培養線維芽細胞の銅濃度測定が必要であるが、いずれも侵襲が強く、また保険適用されていない検査である。</p> <p>本技術の適応症となっている先天性銅代謝異常症は、1993年に責任遺伝子が発見され、各国での遺伝子解析の研究により、近年、遺伝子変異の特徴等が明らかになった。これにより臨床的に可能となった本技術は、少量の血液で分析可能であるため低侵襲であり、また信頼性は極めて高い検査である。</p> <p>(効果)</p> <p>本技術により、適応症となっている先天性銅代謝異常症について、速やかに確定診断が可能となる。また、保因者診断や発症前患者の診断も可能になる。いずれの場合も早期に治療を開始することができるため、患者の予後を大きく改善する。</p> <p>(先進医療に係る費用の例)</p> <table border="0" data-bbox="311 1899 1149 1982"> <tr> <td>先進医療に係る費用(自己負担分)</td> <td>9万8千円(1回)</td> </tr> <tr> <td>特定療養費(保険給付分)</td> <td>2千円(通院2日間)</td> </tr> </table>		先進医療に係る費用(自己負担分)	9万8千円(1回)	特定療養費(保険給付分)	2千円(通院2日間)
先進医療に係る費用(自己負担分)	9万8千円(1回)				
特定療養費(保険給付分)	2千円(通院2日間)				

事前評価担当 渡邊 清明 構成員

先進技術としての適格性	
先進医療 の 名 称	先天性銅代謝異常症の遺伝子診断
適 応 症	<input checked="" type="checkbox"/> A. 妥当である。 B. 妥当でない。
有 効 性	A. 従来の技術を用いるよりも大幅に有効。 <input checked="" type="checkbox"/> B. 従来の技術を用いるよりもやや有効。 C. 従来の技術を用いるのと同程度、又は劣る。
安 全 性	<input checked="" type="checkbox"/> A. 問題なし。(ほとんど副作用、合併症なし) B. あまり問題なし。(軽い副作用、合併症あり) C. 問題あり(重い副作用、合併症が発生することあり)
技 術 的 度 成 熟	<input checked="" type="checkbox"/> A. 当該分野を専門とし経験を積んだ医師又は医師の指導下であれば行える。 B. 当該分野を専門とし数多く経験を積んだ医師又は医師の指導下であれば行える。 C. 当該分野を専門とし、かなりの経験を積んだ医師を中心とした診療体制をとっていないと行えない。
社会的妥当性 (社会的倫理的 問題等)	A. 倫理的問題等はない。 <input checked="" type="checkbox"/> B. 倫理的問題等がある。
現時点での 普 及 性	A. 罹患率、有病率から勘案して、かなり普及している。 <input checked="" type="checkbox"/> B. 罹患率、有病率から勘案して、ある程度普及している。 C. 罹患率、有病率から勘案して、普及していない。
効 率 性	既に保険導入されている医療技術に比較して、 A. 大幅に効率的。 <input checked="" type="checkbox"/> B. やや効率的。 C. 効率性は同程度又は劣る。
将来の保険収 載の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> A. 将来的に保険収載を行うことが妥当。 B. 将来的に保険収載を行うべきでない。
総 評	総合判定: <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 否 コメント:

当該技術の医療機関の要件(案)

先進医療名:先天性銅代謝異常症の遺伝子診断	
適応症:ウィルソン病、メンケス病、Occipital horn 症候群	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (小児科又は内科)・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (日本小児科学会専門医又は日本内科学会認定医)・不要
当該診療科の経験年数	不要・1年・3年・ <input checked="" type="checkbox"/> 5年・10年以上
当該技術の経験年数	不要・ <input checked="" type="checkbox"/> 1年・3年・5年・10年以上
当該技術の経験症例数	(助手) <input checked="" type="checkbox"/> 不要・1例、3例、5例・10例・20例以上 (術者) 不要・ <input checked="" type="checkbox"/> 1例、3例、5例・10例・20例以上
その他	
II. 医療機関の要件	
実施診療科の医師数	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容:常勤医師1名以上
他診療科の医師数	要・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要 具体的内容:
看護配置	要(対1看護以上)・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
その他医療従事者の配置 (薬剤師、臨床工学技士等)	<input checked="" type="checkbox"/> (臨床検査技師1名以上)・不要
病床数	要(床以上)・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (小児科又は内科)・不要
当直体制	要(科)・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
緊急手術の実施体制	要・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
他の医療機関との連携体制 (患者容態急変時等)	要・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要 連携の具体的内容:
院内検査(24時間実施体制)	要・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
医療機器の保守管理体制	要・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
倫理委員会による審査体制	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要
医療安全管理委員会の設置	要・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
医療機関としての当該技術の実施 症例数	<input checked="" type="checkbox"/> (1症例以上)・不要
その他	
III. その他の要件	
頻回の実績報告	要(例まで又は6か月間は、月毎の報告)・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
その他	

先進医療の名称	超音波骨折治療法
適応症	
四肢の骨折（手術を施行した場合に限る。）	
内容	
<p>(先進性)</p> <p>現在、四肢の骨折の治療においては、牽引・徒手整復、観血的手術、ギブス固定等による「整復」と「固定」が主な治療であるが、超音波骨折治療法は整復、固定後の治療であり、骨癒合過程を促進する技術という点で先進性がある。</p> <p>(概要)</p> <p>従来の骨折治療では、骨折部の整復・固定を行った後は、治癒過程を自然経過に任せるのみで、積極的に骨癒合を促進する方法はなかった。</p> <p>超音波骨折療法は、微弱な超音波を1日1回20分間、骨折部に与えることで骨折治癒を促進する治療法であり、新鮮骨折の骨癒合期間を短縮することが複数の臨床試験で報告されている。</p> <p>本治療法は非侵襲的であり、非常に微弱な超音波なので副作用も少なく、従来の骨折治療に追加するだけのものであり、有用な治療法である。</p> <p>* 本治療法に用いる「超音波骨折治療器」は、すでに薬事承認を受けた医療用具であり、効能・効果は「四肢の骨折の治癒促進」である。「難治性骨折」に対しては「難治性骨折超音波治療法」として保険適用がなされているが、新鮮骨折に対しては保険適用されていない。</p> <p>(効果)</p> <p>治療期間を短縮することができ、さらに遷延癒合の発生率を低下させることができる。これにより再手術率の減少や入院期間の短縮が期待できる。</p> <p>(先進医療に係る費用の例)</p> <p>先進医療に係る費用(自己負担分) 12万4千円（一連の治療につき） 特定療養費(保険給付分) 179万9千円（入院82日間・通院5日間）</p>	

事前評価担当 越智 隆弘 構成員

先進技術としての適格性	
先進医療 の 名 称	超音波骨折治療法
適 応 症	<input type="checkbox"/> A. 妥当である。 <input type="checkbox"/> B. 妥当でない。
有 効 性	A. 従来 of 技術を用いるよりも大幅に有効。 <input type="checkbox"/> B. 従来 of 技術を用いるよりもやや有効。 C. 従来 of 技術を用いるのと同程度、又は劣る。
安 全 性	<input type="checkbox"/> A. 問題なし。(ほとんど副作用、合併症なし) B. あまり問題なし。(軽い副作用、合併症あり) C. 問題あり(重い副作用、合併症が発生することあり)
技 術 的 成 熟 度	<input type="checkbox"/> A. 当該分野を専門とし経験を積んだ医師又は医師の指導下であれば行える。 B. 当該分野を専門とし数多く経験を積んだ医師又は医師の指導下であれば行える。 C. 当該分野を専門とし、かなりの経験を積んだ医師を中心とした診療体制をとっていないと行えない。
社会的妥当性 (社会的倫理的 問題等)	<input type="checkbox"/> A. 倫理的問題等はない。 B. 倫理的問題等がある。
現時点での 普 及 性	<input type="checkbox"/> A. 罹患率、有病率から勘案して、かなり普及している。 B. 罹患率、有病率から勘案して、ある程度普及している。 C. 罹患率、有病率から勘案して、普及していない。
効 率 性	既に保険導入されている医療技術に比較して、 A. 大幅に効率的。 <input type="checkbox"/> B. やや効率的。 C. 効率性は同程度又は劣る。
将来の保険収 載の必要性	<input type="checkbox"/> A. 将来的に保険収載を行うことが妥当。 B. 将来的に保険収載を行うべきでない。
総 評	総合判定: <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 否 コメント: 難治性骨折に対して先進医療として用いられ、治療効果が認められ保険適応させるに到った超音波治療法である。使用経験が重ねられ、新鮮骨折に対しても骨癒合期間を 40%短縮できることが明確になってきた。将来的に保険適用が望ましい治療法と考えられるが、当面は先進医療として臨床実績観察が適切と考えられる。

当該技術の医療機関の要件(案)

先進医療名:超音波骨折治療法	
適応症:四肢の骨折(手術を施行した場合に限る。)	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (整形外科) ・ 不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (整形外科学会専門医) ・ 不要
当該診療科の経験年数	不要 ・ 1年 ・ 3年 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 5年 ・ 10年以上
当該技術の経験年数	不要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 1年 ・ 3年 ・ 5年 ・ 10年以上
当該技術の経験症例数	(助手又は術者) 不要 ・ 1例、 <input checked="" type="checkbox"/> 3例、5例 ・ 10例 ・ 20例以上 (術者) 不要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 1例、3例、5例 ・ 10例 ・ 20例以上
その他	
II. 医療機関の要件	
実施診療科の医師数	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 不要 具体的内容:常勤医師 1名以上
他診療科の医師数	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要 具体的内容:
看護配置	要(対1看護以上) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
その他医療従事者の配置 (薬剤師、臨床工学技士等)	要(師 名以上) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> (1床以上) ・ 不要
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (整形外科) ・ 不要
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> () ・ 不要
緊急手術の実施体制	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
他の医療機関との連携体制 (患者容態急変時等)	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要 連携の具体的内容:
院内検査(24時間実施体制)	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 不要
倫理委員会による審査体制	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
医療安全管理委員会の設置	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
医療機関としての当該技術の実施 症例数	<input checked="" type="checkbox"/> (3症例以上) ・ 不要
その他	
III. その他の要件	
頻回の実績報告	<input checked="" type="checkbox"/> (「その他」の項を参照) ・ 不要
その他	治療期間を含めた様式にて6月毎の実績報告をすること。

別紙 治療期間等報告様式（例）

保険医療機関名 _____

先進医療名 _____

届出受理年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 総 件 数 _____ 件

番号	診 断 名	年 齢	性 別	治療開始年月日	治療終了年月日	入院期間	通院期間	当該先進医療 実施開始年月日	当該先進医療 実施終了年月日
1		歳	男・女	平成 年 月 日	平成 年 月 日	日間	日間	平成 年 月 日	平成 年 月 日
2			男・女	平成 年 月 日	平成 年 月 日			平成 年 月 日	平成 年 月 日
3			男・女	平成 年 月 日	平成 年 月 日			平成 年 月 日	平成 年 月 日
4			男・女	平成 年 月 日	平成 年 月 日			平成 年 月 日	平成 年 月 日
5			男・女	平成 年 月 日	平成 年 月 日			平成 年 月 日	平成 年 月 日
6			男・女	平成 年 月 日	平成 年 月 日			平成 年 月 日	平成 年 月 日
7			男・女	平成 年 月 日	平成 年 月 日			平成 年 月 日	平成 年 月 日
8			男・女	平成 年 月 日	平成 年 月 日			平成 年 月 日	平成 年 月 日
9			男・女	平成 年 月 日	平成 年 月 日			平成 年 月 日	平成 年 月 日
10			男・女	平成 年 月 日	平成 年 月 日			平成 年 月 日	平成 年 月 日
11			男・女	平成 年 月 日	平成 年 月 日			平成 年 月 日	平成 年 月 日
12			男・女	平成 年 月 日	平成 年 月 日			平成 年 月 日	平成 年 月 日

※ 先進医療の施設基準中において、治療期間等の報告が別途求められている場合には、この様式例を参考として作成し、別紙報告様式第3号に添付して治療期間等を報告すること。

先進医療の届出状況について (9月受付分)

整理番号	先進医療名	適応症	先進医療費用 (自己負担)	特定療養費 (保険給付)	受付日
47	WT1ペプチドを用いた癌の免疫療法	WT1を発現する固形癌 及び血液悪性疾患をもった患者	1万6千円 (1回)	31万円 (入院17日間)	平成18年 9月15日
48	膵疾患に対する腹腔鏡下尾側膵切除術	嚢胞腺腫などの嚢胞性膵腫瘍、膵内分泌腫瘍、Solid pseudopapillary tumor などの low grade malignancy や、慢性膵炎の術前診断で外科的治療が選択されたもので、十分なインフォームドコンセントののちに同意が得られた場合に適応とする。	44万1千円	51万2千円 (入院15日間 ・通院13日間)	

先 - 3
18. 10. 10

高度先進医療における既存技術の取扱いについて

中医協 総-3-2
18. 9. 20

健康保険法等の一部改正に伴う特定療養費制度の再編成により、平成18年10月1日より高度先進医療と先進医療が統合されることとなったが、これに伴い、高度先進医療で承認されている既存技術(資料1)は、次のとおり取り扱うものとする。

1 薬事法上未承認又は適応外使用に該当する医薬品及び医療機器を含まない技術

平成18年10月1日より先進医療において継続する。

2 薬事法上未承認又は適応外使用に該当する医薬品及び医療機器を含む技術

先進医療においては、未承認又は適応外使用に該当する医薬品及び医療機器を用いた医療技術は対象としていないため、薬事法上未承認又は適応外使用にあたる医薬品及び医療機器を含む18技術(資料2)については、今後、

- ①薬事法上の承認申請
- ②その承認に向けての治験
- ③一定の基準を満たす「臨床的な使用確認試験」

のいずれかを実施することとする。

ただし、上記①～③を実施するためには、一定の準備期間を要するため、経過措置として平成20年3月末までの間に行うものとする。

平成20年3月末までに①～③を実施していない技術については、原則として先進医療の承認を取り消すこととする。

なお、「臨床的な使用確認試験」の実施に当たっては、当該試験が一定の基準を満たすものか否かについて予め厚生労働省の確認を受けることとする。

また、①の承認申請後及び②の治験実施後についてはすでに評価療養の対象とされているが、新たに検討される③一定の基準を満たす臨床的な使用確認試験については、高度先進医療の適応外技術にかわり評価療養とする方向で今後適宜、中医協において検討することとする。

高度先進医療承認状況一覧（技術別総括）

先 - 4
資料 1
18. 9. 12

◎ 平成18年8月1日現在

○ 高度先進医療技術 101 種類、321 件

○ 特定承認保険医療機関 134 医療機関 うち、現に実施している医療機関 114 医療機関

告示番号	高度先進医療	高度先進医療適用年月日	医療機関数
3	顔面骨又は頭蓋骨の観血的移動術(顔面骨又は頭蓋骨の先天奇形に係るものに限る。)	昭60. 11. 1	8
4	インプラント義歯(顎骨の過度の吸収により、従来の可撤性義歯では咀嚼機能の回復が困難なものに限る。)	昭60. 11. 1	37
5	顎顔面補綴(腫瘍手術、外傷及び炎症その他の原因により顔面領域に生じた広範囲の実質欠損に係るものに限る。)	昭61. 10. 1	10
6	培養細胞による先天性代謝異常診断(胎児又は新生児に係るものに限る。)	昭61. 12. 1	9
7	顎関節症の補綴学的治療(顎関節症(顎関節内障、下顎頭の著しい変形及び顎関節円板の断裂を除く。))に係るものに限る。)	昭62. 3. 1	4
8	溶血性貧血症の病因解析及び遺伝子解析診断法(先天性溶血性貧血に係るものに限る。)	平 3. 4. 1	1
9	経皮的埋め込み電極を用いた機能的電子刺激療法(神経の障害による運動麻痺又は骨・関節手術後の筋萎縮に係るものに限る。)	平 4. 11. 1	4
10	人工括約筋を用いた尿失禁の治療	平 5. 5. 1	2
11	人工中耳(慢性中耳炎その他の原因による難聴に係るものに限る。)	平 5. 5. 1	4
12	実物大臓器立体モデルによる手術計画(頭蓋顎顔面領域の骨変形、欠損若しくは骨折又は骨盤、四肢骨若しくは脊椎の骨格に変形を伴う疾患に係るものに限る。)	平 5. 11. 1	20
16	歯周組織再生誘導法(歯周疾患による根分岐部病変又は垂直性骨欠損に係るものに限る。)	平 6. 7. 1	15
17	接着ブリッジによる欠損補綴並びに動揺歯固定(少数歯欠損又は動揺歯に係るものに限る。)	平 7. 2. 1	4
18	光学印象採得による陶材歯冠修復法(歯冠部齲蝕の修復に係るものに限る。)	平 7. 7. 1	4
19	性腺機能不全の早期診断法(小陰茎、停留睾丸、尿道下裂、半陰陽、原発性無月経、生理不順、多毛又は性染色体異常に係るものに限る。)	平 7. 12. 1	1
20	経皮的レーザー椎間板切除術(内視鏡下によるものを含み、椎間板ヘルニアに係るものに限る。)	平 8. 7. 1	3
21	エックス線透視下非観血的唾石摘出術(唾石症(唾石と導管壁との癒着がないものに限る。))に係るものに限る。)	平 8. 8. 1	1
23	造血器腫瘍細胞における薬剤耐性遺伝子産物P糖蛋白の測定(白血病、悪性リンパ腫又は多発性骨髄腫その他の造血器悪性腫瘍に係るものに限る。)	平 8. 12. 1	1
24	スキンドファイバー法による悪性高熱症診断法(手術が予定されている者で、悪性高熱症が強く疑われる者に係るものに限る。)	平 9. 7. 1	1
25	血小板膜糖蛋白異常症の病型及び病因診断(血小板無力症又はベルナル・スーリエ症候群に係るものに限る。)	平 9. 9. 1	1
26	焦点式高エネルギー超音波療法(前立腺肥大症に係るものに限る。)	平 9. 11. 1	5
27	レーザー応用による齲蝕除去・スケーリングの無痛療法(歯牙齲蝕症又は歯周疾患による歯石沈着症に係るものに限る。)	平 9. 11. 1	2
28	オープンMRを用いた腰椎椎間板ヘルニアに対するヤグレーザーによる経皮的椎間板減圧術(腰椎椎間板ヘルニア(髄核が完全脱出でないヘルニアに限る。))に係るものに限る。)	平10. 1. 1	1
29	顎関節鏡視下レーザー手術併用による円板縫合固定術(顎関節脱臼又は顎関節内障のうち円板を中心とした顎関節内部の軟組織に異常を伴うものに限る。)	平10. 1. 1	3
31	肺腫瘍のCTガイド下気管支鏡検査	平10. 2. 1	3
32	先天性血液凝固異常症の遺伝子診断(アンチトロンピン欠乏症、第Ⅶ因子欠乏症、先天性アンチトロンピンⅢ欠乏症、先天性ヘパリンコファクターⅡ欠乏症又は先天性プラスミノゲン欠乏症に係るものに限る。)	平10. 10. 1	3
33	顎関節脱臼内視鏡下手術(習慣性顎関節脱臼に係るものに限る。)	平11. 1. 1	1
34	筋緊張性ジストロフィーのDNA診断	平11. 6. 1	1
35	SDI法による抗がん剤感受性試験(がん性腹膜炎又はがん性胸膜炎に係るものに限る。)	平11. 6. 1	1
36	内視鏡下頸部良性腫瘍摘出術(頸部良性腫瘍に係るものに限る。)	平11. 6. 1	9
37	栄養障害型表皮水疱症のDNA診断	平11. 7. 1	3
38	家族性アミロイドーシスのDNA診断	平11. 7. 1	2
39	三次元形状解析による顔面の形態的診断(頭蓋、顔面又は頸部の変形性疾患に係るものに限る。)	平11. 9. 1	1
40	マス・スペクトロメトリーによる家族性アミロイドーシスの診断(トランスサイレチン異常による家族性アミロイドーシスに係るものに限る。)	平11. 9. 1	1
41	抗がん剤感受性試験(進行胃がん、大腸がん、食道がん、頭頸部進行がん、進行乳がん、消化器がん、肺がん、がん性胸・腹膜炎、子宮頸・体がん又は卵巣がん(胸水又は腹水例を含む。))に係るものに限る。)	平12. 3. 1	9

告示 番号	高度先進医療	高度先進医療 適用年月日	医療 機関数
42	子宮頸部前がん病変のHPV-DNA診断(子宮頸部軽度異形成に係るものに限る。)	平12. 3. 1	2
43	不整脈疾患における遺伝子診断(先天性QT延長症候群に係るものに限る。)	平12. 3. 1	3
44	腹腔鏡下肝切除術(肝腫瘍(肝部分切除又は肝外側区域切除の適応となる症例)に係るものに限る。)	平12. 7. 1	7
45	画像支援ナビゲーション手術(頭頸部若しくは脊髄の腫瘍、血管病変又は脊椎病変に係るものに限る。)	平12. 10. 1	6
46	悪性腫瘍に対する粒子線治療(固形がんに係るものに限る。)	平13. 7. 1	3
47	エキシマレーザーによる治療的角膜切除術(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	平13. 3. 1	1
48	成長障害のDNA診断(特発性低身長症に係るものに限る。)	平13. 3. 1	1
51	生体部分肺移植術(原発性肺高血圧症、特発性間質性肺炎、気管支拡張症、肺リンパ脈管筋腫症、閉塞性細気管支炎、間質性肺炎、嚢胞性肺繊維症又は肺嚢胞症に係るものに限る。)	平15. 2. 1	5
52	耳鼻いんこう科領域の機能障害を伴った顎関節症に対する中耳伝音系を指標とした顎位決定法	平15. 2. 1	1
54	門脈圧亢進症に対する経頸静脈肝内門脈大循環短絡術(内視鏡的治療及び薬物治療抵抗性の食道・胃静脈瘤、門脈圧亢進症性胃腸症、難治性腹水又は難治性肝性胸水に係るものに限る。)	平15. 4. 1	3
55	乳房温存療法における鏡視下腋窩郭清術(主に乳房温存手術が可能なステージⅠ又はステージⅡの乳がんに係るものに限る。)	平15. 4. 1	1
56	悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節の遺伝子診断	平15. 4. 1	4
57	腫瘍性骨病変及び骨粗鬆症に伴う骨脆弱性病変に対する経皮的骨形成術(転移性脊椎骨腫瘍、骨粗鬆症による脊椎骨折又は難治性疼痛を伴う椎体圧迫骨折若しくは臼蓋骨折に係るものに限る。)	平15. 7. 1	5
58	声帯内自家側頭筋膜移植術(一側性反回神経麻痺又は声帯溝症に係るものに限る。)	平15. 7. 1	1
59	骨髄細胞移植による血管新生療法(閉塞性動脈硬化症又はパージャーカー病(従来の治療法に抵抗性のもので、フォンタン分類Ⅲ度又は同分類Ⅳ度のものに限る。))に係るものに限る。)	平15. 7. 1	15
60	ミトコンドリア病のDNA診断(高乳酸血症その他のミトコンドリア機能低下が疑われる疾患に係るものに限る。)	平15. 9. 1	1
61	悪性黒色腫又は乳がんにおけるセンチネルリンパ節の同定と転移の検索	平15. 9. 1	10
62	鏡視下肩峰下腔徐圧術(透折アミロイド肩関節症又は腱板断裂、五十肩若しくは関節リウマチその他の原因による肩インピンジメント症候群に係るものに限る。)	平15. 9. 1	1
63	神経変性疾患のDNA診断(ハンチントン舞踏病、脊髄小脳変性症、球脊髄性筋萎縮症、家族性筋萎縮性側索硬化症、家族性低カリウム血症性周期性四肢麻痺又はマックリード症候群その他の神経変性疾患に係るものに限る。)	平15. 9. 1	3
64	脊髄性筋萎縮症のDNA診断	平15. 11. 1	1
65	難治性眼疾患に対する羊膜移植術(再発翼状片、角膜上皮欠損(角膜移植によるものを含む。)、角膜穿孔、角膜化学腐食、角膜瘢痕、陰球癒着(スティーブンス・ジョンソン症候群、眼類天疱瘡、熱・化学外傷癒着期その他の重症の癒着性角結膜疾患を含む。)、結膜上皮内過形成又は結膜腫瘍その他の眼表面疾患に係るものに限る。)	平15. 11. 1	3
66	固形がんに対する重粒子線治療	平15. 11. 1	2
67	脊椎腫瘍に対する腫瘍脊椎骨全摘術(原発性脊椎腫瘍又は転移性脊椎腫瘍に係るものに限る。)	平16. 1. 1	1
68	カフェイン併用化学療法(骨肉腫、悪性線維性組織球腫、滑膜肉腫又は明細胞肉腫その他の骨軟部悪性腫瘍に係るものに限る。)	平16. 1. 1	1
69	³¹ P-磁気共鳴スペクトロスコピーとケミカルシフト画像による糖尿病性足病変の非侵襲的診断(糖尿病性足病変危険群と考えられる糖尿病患者に係るものに限る。)	平16. 8. 1	1
70	特発性男性不妊症又は性腺機能不全症の遺伝子診断	平16. 8. 1	1
71	胎児尿路・羊水腔シャント術(プルー・ペリー症候群その他の胎児閉塞性尿路疾患に係るものに限る。)	平16. 12. 1	2
72	遺伝性コプロポルフィン症のDNA診断	平16. 8. 1	1
73	固形腫瘍(神経芽腫)のRNA診断	平16. 8. 1	1
74	硬膜外腔内視鏡による難治性腰下肢痛の治療(腰椎椎間板ヘルニア、腰部脊椎管狭窄症又は腰椎手術の実施後の腰下肢痛(保存治療に抵抗性のものに限る。))に係るものに限る。)	平16. 8. 1	4
75	重症BCG副反応症例における遺伝子診断(BCG副反応症例又は非定形抗酸菌感染で重症、反復若しくは難治である場合に係るものに限る。)	平16. 8. 1	1
76	自家液体塞素処理骨による骨軟部腫瘍切除後骨欠損の再建	平16. 11. 1	1
77	腓腫瘍に対する腹腔鏡補助下腓切除術(インスリノーマ、脾動脈瘤、粘液性嚢胞腫瘍、腓管内腫瘍その他の腓良性腫瘍に係る腓体尾部切除又は核出術に限る。)	平16. 11. 1	3
78	低悪性度非ホジキンリンパ腫の遺伝子診断(マントル細胞リンパ腫の補助診断として用いるものに限る。)	平16. 11. 1	1
79	悪性脳腫瘍に対する抗がん剤治療における薬剤耐性遺伝子解析	平16. 11. 1	1
80	高発がん性遺伝性皮膚疾患のDNA診断(基底細胞母斑症候群又はカウデン病に係るものに限る。)	平16. 11. 1	1

告示番号	高度先進医療	高度先進医療適用年月日	医療機関数
81	筋過緊張に対するmuscle afferent block (MAB) 治療(ジストニア、痙性麻痺その他の局所の筋過緊張を呈する病態に係るものに限る。)	平16. 11. 1	1
82	Q熱診断における血清抗体価測定及び病原体遺伝子診断(急性期又は慢性期のQ熱に係るものに限る。)	平16. 11. 1	1
83	エキシマレーザー冠動脈形成術(従来の経皮的冠動脈形成術による治療が困難なもの、慢性完全閉塞のもの又はこれに準ずるものに係るものに限る。)	平16. 11. 1	3
84	活性化Tリンパ球移入療法(原発性若しくは続発性の免疫不全症の難治性日和見感染症又は慢性活動性EBウイルス感染症に係るものに限る。)	平16. 11. 1	1
85	抗がん剤感受性試験(CD-DST法)(消化器がん、乳がん、肺がん又はがん性胸・腹膜炎に係るものに限る。)	平16. 11. 1	2
87	胸部悪性腫瘍に対するラジオ波焼灼療法(胸部悪性腫瘍(従来の外科的治療法の実施が困難なもの又は外科的治療法の実施により根治性が期待できないものに限る。))に係るものに限る。)	平16. 12. 1	1
88	家族性アルツハイマー病の遺伝子診断	平16. 12. 1	1
89	腎悪性腫瘍に対するラジオ波焼灼療法(腎悪性腫瘍(従来の外科的治療法の実施が困難なもの又は外科的治療法の実施により根治性が期待できないものに限る。))に係るものに限る。)	平16. 12. 1	1
90	膀胱尿管逆流症に対する腹腔鏡下逆流防止術(膀胱尿管逆流症(国際分類グレードVの高度逆流症を除く。))に係るものに限る。)	平16. 12. 1	1
92	中枢神経白質形成異常症の遺伝子診断	平16. 12. 1	1
93	三次元再構築画像による股関節疾患の診断と治療	平16. 12. 1	2
94	樹状細胞及び腫瘍抗原ペプチドを用いたがんワクチン療法(腫瘍抗原を発現する消化管悪性腫瘍(食道がん、胃がん又は大腸がん)、進行再発乳がん又は原発性若しくは転移性肺がんに係るものに限る。)	平17. 2. 1	3
95	内視鏡下甲状腺がん手術(手術の実施後、予後の良い甲状腺乳頭がんに係るものに限る。)	平17. 2. 1	1
96	骨腫瘍のCT透視ガイド下経皮的ラジオ波焼灼療法(転移性骨腫瘍で既存の治療法により制御不良なもの又は類骨腫(診断の確実なものに限る。))に係るものに限る。)	平17. 2. 1	1
97	泌尿生殖器腫瘍の後腹膜リンパ節転移に対する腹腔鏡下リンパ節郭清術(泌尿生殖器腫瘍のリンパ節転移例又は画像上リンパ節転移が疑われるものに係るものに限る。)	平17. 2. 1	2
98	HLA抗原不一致血縁ドナーからのCD34陽性造血幹細胞移植(HLA適合ドナーがないために造血幹細胞移植が受けられない小児のがん、難治性造血障害又は免疫不全症に係るものに限る。)	平17. 2. 1	1
99	下肢静脈瘤に対する血管内レーザー治療法(一次性下肢静脈瘤に係るものに限る。)	平17. 2. 1	1
100	頸椎椎間板ヘルニアに対するヤグレーザーによる経皮的椎間板減圧術(CT透視下法)(頸椎椎間板ヘルニア(画像診断上椎間板繊維輪の破綻していないヘルニアであって、神経根症が明らかであり保存治療に抵抗性のもの(後縦靭帯骨化症、脊椎管狭窄状態又は脊椎症状のあるものを除く。))に係るものに限る。)	平17. 2. 1	1
101	胎児胸腔・羊水腔シャントチューブ留置術(特発性又は既知の胎児先天性感染による胸水を主たる徴候とする非免疫性胎児水腫症(NIHF)例であって、胸腔穿刺後一週間以降に胸水の再貯留が認められるもの(妊娠二十週から三十四週未満に限る。))に係るものに限る。)	平17. 4. 1	2
102	活性化血小板の検出(急性期若しくは慢性期の脳梗塞、睡眠時無呼吸症候群又は心筋梗塞その他の動脈血栓症に係るものに限る。)	平17. 4. 1	1
103	早期胃がんに対する腹腔鏡下センチネルリンパ節検索	平17. 4. 1	1
104	ケラチン病の遺伝子診断(水疱型魚鱗癣様紅皮症又は単純型表皮水疱症その他の遺伝子異常に係るものに限る。)	平17. 4. 1	1
105	隆起性皮膚線維肉腫の遺伝子診断	平17. 4. 1	1
106	末梢血幹細胞(CD34陽性細胞に限る。))による血管再生治療(慢性閉塞性動脈硬化症又はバージャー病(重篤な虚血性心疾患又は脳血管障害を有するものを除く。))に係るものに限る。)	平17. 6. 1	1
107	末梢血単核球移植による血管再生治療(慢性閉塞性動脈硬化症又はバージャー病(従来の内科的治療又は外科的治療が無効であるもの)に限り、三年以内の悪性新生物の既往又は未治療の糖尿病性網膜症のあるものを除く。))に係るものに限る。)	平17. 6. 1	1
108	副甲状腺内活性化型ビタミンD(アナログ)直接注入療法(二次性副甲状腺機能亢進症に係るものに限る。)	平17. 6. 1	1
109	グルタミン受容体自己抗体による自己免疫性神経疾患の診断(ラスマッセン脳炎、小児の慢性進行性持続性部分てんかん又はオプクローヌス・ミオクローヌス症候群に係るものに限る。)	平17. 9. 1	1
110	腹腔鏡下広汎子宮全摘出術(早期子宮頸がん(臨床進行期I bまでのもの)に限る。))に係るものに限る。)	平17. 9. 1	1
111	一絨毛膜性双胎妊娠において発症した双胎間輸血症候群に対する内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術(双胎間輸血症候群に罹患した一絨毛膜性双胎妊娠の症例(妊娠十六週から二十六週に限る。))に係るものに限る。)	平17. 9. 1	1
112	自己腫瘍(組織)を用いた活性化自己リンパ球移入療法(がん性の胸水、腹水又は進行がんに係るものに限る。)	平10. 2. 1	7
113	自己腫瘍(組織)及び樹状細胞を用いた活性化自己リンパ球移入療法(がん性の胸水、腹水又は進行がんに係るものに限る。)	平 8. 11. 1	3

高度先進医療における薬事法未承認・適応外の医療機器・医薬品を含む技術

告示番号	高度先進医療の名称	承認年月日	平成18年8月1日現在医療機関数	平成17年度実績報告時医療機関数	平成17年度実施件数	未承認及び適応外の医療機器・医薬品
36	内視鏡下頸部良性腫瘍摘出術	平成11年6月1日	9	9	38	・超音波凝固切開装置
95	内視鏡下甲状腺がん手術	平成17年2月1日	1	1	0	・腹腔、胸腔ビデオスコープ
56	悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節の遺伝子診断	平成15年4月1日	4	3	22	・色素(インドシアネグリーン、インジゴカルミン)
61	悪性黒色腫、乳がんにおけるセンチネルリンパ節の同定と転移の検索	平成15年9月1日	10	6	100	・テクネフチン酸
103	早期胃がんに対する腹腔鏡下センチネルリンパ節検索	平成17年4月1日	1	1	1	
57	腫瘍性骨病変および骨粗鬆症に伴う骨脆弱性病変に対する経皮的骨形成術	平成15年7月1日	5	2	15	・骨セメント
68	カフェイン併用化学療法	平成16年1月1日	1	1	26	・安息香酸ナトリウムカフェイン
71	胎児尿路-羊水腔シャント術	平成16年12月1日	2	2	1	・内瘻化カテーテル
101	胎児胸腔-羊水腔シャントチューブ留置術	平成17年4月1日	2	2	1	
81	筋過緊張に対するmuscle afferent block (MAB)治療	平成16年11月1日	1	1	0	・キシロカイン0.5%
87	胸部悪性腫瘍に対するラジオ波焼灼療法	平成16年12月1日	1	1	29	・ラジオ波局所凝固装置
89	腎悪性腫瘍に対するラジオ波焼灼療法	平成16年12月1日	1	1	3	(ジェネレーター・コード)
96	骨腫瘍のCT透視ガイド下経皮的ラジオ波焼灼療法	平成17年2月1日	1	1	2	
94	樹状細胞と腫瘍抗原ペプチドを用いたがんワクチン療法	平成17年2月1日	3	2	1	・インターロイキン2製剤
112	自己腫瘍(組織)を用いた活性化自己リンパ球移入療法 ※	平成10年2月1日	7	14 ※	198 ※	・抗原ペプチド
113	自己腫瘍(組織)及び樹状細胞を用いた活性化自己リンパ球移入療法 ※	平成8年11月1日	3			
99	下肢静脈瘤に対する血管内レーザー治療法	平成17年2月1日	1	1	10	・半導体レーザー ・レーザーファイバー
108	副甲状腺内活性型ビタミンD(アナログ)直接注入療法	平成17年6月1日	1	-	-	・活性化ビタミンD3

(注1) 上記※印にて示す告示番号112及び113については、平成18年4月1日診療報酬改定時に、「活性化自己リンパ球移入療法」が分裂したものであるため、平成17年度実施件数については、従前の「活性化自己リンパ球移入療法」のものである。

(注2) 平成17年度実績報告の期間は、平成16年6月1日～平成17年5月31日であり、告示番号108「副甲状腺内活性型ビタミンD(アナログ)直接注入療法」については、承認年月日が「平成17年6月1日」であるため実績報告の値は無い。