

# 先進医療の施設基準の見直し

先進医療技術 目次

担当構成員名	告示番号	先進医療技術名	ページ
赤川安正先生	10	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。)	1-2
	11	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。)	3-4
	13	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。)	5-6
	19	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。)	7-8
	20	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。)	9-10
	21	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。)	11-12
	24	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。)	13-14
	29	レーザー応用による齲蝕除去・スクレーピングの無痛療法(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。)	15-16
	31	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。)	17-18
	34	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。)	19-20
50	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	21-22	
渡邊清明先生	14	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。)	23-25
	25	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。)	26-27
	27	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・スーリ工症候群に係るものに限る。)	28-29
	33	先天性血液凝固異常症の遺伝子診断(アンチトロンビン欠乏症、第Ⅶ因子欠乏症、先天性アンチトロンビン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。)	30-31
	64	遺伝性コプロポルフィン症のDNA診断	32-33
	67	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。)	34-35
	70	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。)	36-37
	73	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)	38-39
93	先天性銅代謝異常症の遺伝子診断(ウィルソン病、メンケス病又はオクシピタルホーン症候群に係るものに限る。)	40-41	

告示番号	10
先進医療の名称	
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。）	
先進医療の内容（概要）	
<p>歯の欠損に対する治療法として義歯による欠損補綴がある。現在、多くの患者が歯の欠損に対して義歯による治療を受けており、義歯の装着により発音、咀嚼機能の改善を得ている。義歯には歯の部分的欠損を補綴する部分床義歯とすべての歯の欠損（無歯顎）を補綴する全部床義歯がある。部分床義歯は主に残存歯への維持装置により、全部床義歯は歯槽粘膜、口蓋粘膜への吸着によって欠損部に維持されている。義歯は維持が悪ければ全く機能しないため、その維持法に対して多くの研究が行われている。義歯の臨床においてはその維持の確保が重要であるが、上記適応症の1）顎骨の過度の吸収に伴い、可撤性義歯の装着が困難な症例、2）腫瘍、外傷、先天性欠損等により顎骨の実質欠損が著しく、可撤性義歯では機能回復が困難な症例、においては義歯の維持が全く期待できず、義歯を作成しても発音、咀嚼機能の改善をほとんど得られないことが多い。</p> <p>近年、人工歯根インプラントが普及し、その適応範囲は広がってきている。その中で人工歯根インプラントを義歯の維持装置として用いる「インプラント義歯」がある。人工歯根インプラントは顎骨内に埋入され、顎骨と結合する（オッセオインテグレーション）ため非常に強固な義歯の維持装置となる。そのため上記1）、2）の患者に対して「インプラント義歯」による治療を行えば、義歯が強固に維持され、発音、咀嚼機能の改善が期待できるものと考えられる。</p> <p>対象疾患としては上記1）、2）が適応となる。人工歯根インプラントの埋入時に骨量が不足する場合は骨移植を行う必要がある。</p> <p>手術手技を簡単に説明する 埋入部予定部に切開を加え、骨面を露出させ、骨内にインプラント窩を形成し、人工歯根インプラント体を埋入する。創部は一次縫合する（1次手術）。3～6ヶ月の治療期間後、人工歯根インプラント体を歯肉上に露出させ、ジンジバルフォーマーを装着する（2次手術）。その後印象採得を行い、インプラント上部構造、義歯の作成を行う。</p>	

事務局案

十 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。）

先進医療名及び適応症：	( 要件の見直し： <input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 )
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (歯科又は歯科口腔外科) ・ 不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (歯周病専門医、口腔外科専門医、補綴歯科専門医又は日本口腔インプラント学会認定医) ・ 不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (5) 年以上 ・ 不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (3) 年以上 ・ 不要
当該技術の経験症例数 注1)	実施者 [術者] として (10) 例以上 ・ 不要 [それに加え、助手又は術者として ( ) 例以上 ・ 不要]
その他 (上記以外の要件)	
<b>II. 医療機関の要件</b>	
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ 不要 具体的内容：実施責任医師の要件を満たす常勤歯科医師3名以上
他診療科の医師数 注2)	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要 具体的内容：
看護配置	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (15対1看護以上) ・ 不要
その他医療従事者の配置 (薬剤師、臨床工学技士等)	要 ( ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ( ) 床以上 ・ 不要
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (歯科又は歯科口腔外科) ・ 不要
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ( ) ・ 不要
緊急手術の実施体制	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
院内検査 (24時間実施体制)	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：
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ 不要
倫理委員会による審査体制	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要 審査開催の条件：
医療安全管理委員会の設置	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ 不要
医療機関としての当該技術の実施症例数	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (10症例以上) ・ 不要
その他 (上記以外の要件、例；遺伝カウンセリングの実施体制が必要 等)	
<b>III. その他の要件</b>	
頻回の実績報告	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (10症例まで又は2月間は、毎月報告) ・ 不要
その他 (上記以外の要件)	

告示番号	11
先進医療の名称	
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。）	
先進医療の内容（概要）	
<p>各種疾病（腫瘍、外傷、炎症、先天奇形など）が原因で生じた顎顔面部の実質欠損を人工材料により補填、修復する治療法。</p> <p>顎顔面補綴治療により機能面及び審美的回復が得られる。即ち、食物の咀嚼、嚥下、会話が可能となり、顔貌が再建され審美及び精神面から社会復帰が可能となる。</p> <p>顎顔面補綴は、頬骨の欠損部を非観血的にあるいは手術等の併用により人工物で補填する顎補綴と、顔表面を含む実質欠損部を補填修復する顔面補綴よりなる。</p> <p>顎補綴は現行の健康保険の適応範囲であり、一部の難症例でも高度先進医療承認のインプラント義歯で対応することにより対処可能である。</p> <p>一方、顔面補綴は高度な技術であり、保険適用外の材料、装置、高度な外科技術及び補綴技術を要するため、施行可能な施設も限られており一般的な治療法には至っていない。</p> <p>なお、具体的な治療内容は以下のごとくである。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 欠損部の検査、診断</li> <li>2. 欠損部に合わせた補綴物の設計</li> <li>3. 補綴物の維持に必要な維持装置の設置（含む補綴前外科処置）</li> <li>4. 欠損部の印象採得</li> <li>5. 仮補綴物の試適、色合わせなど</li> <li>6. 補綴物の製作</li> <li>7. 完成補綴物の装着</li> </ol> <p>特殊維持装置（インプラント装置、アタッチメント、マグネットなど）を要する症例と特殊維持装置を要しない症例がある。</p>	

事務局案

十一 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。）

先進医療名及び適応症： ( 要件の見直し： <input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 )	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (形成外科、歯科又は歯科口腔外科) ・ <input type="checkbox"/> 不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (口腔外科専門医又は補綴歯科専門医) ・ <input type="checkbox"/> 不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (5) 年以上 ・ <input type="checkbox"/> 不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (5) 年以上 ・ <input type="checkbox"/> 不要
当該技術の経験症例数 注1)	実施者 [術者] として (5) 例以上 ・ <input type="checkbox"/> 不要 [それに加え、助手又は術者として ( ) 例以上 ・ <input type="checkbox"/> 不要]
その他 (上記以外の要件)	
II. 医療機関の要件	
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 具体的内容：実施責任医師の要件を満たす常勤歯科医師3名以上
他診療科の医師数 注2)	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要 具体的内容：
看護配置	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (1.5 対1 看護以上) ・ <input 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 ( ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ( ) 床以上 ・ <input type="checkbox"/> 不要
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (形成外科、歯科又は歯科口腔外科) ・ <input type="checkbox"/> 不要
当直体制	要 ( ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
緊急手術の実施体制	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
院内検査 (24 時間実施体制)	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：
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要
倫理委員会による審査体制	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要 審査開催の条件：
医療安全管理委員会の設置	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input 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"/> 要 (10 症例以上) ・ <input type="checkbox"/> 不要
その他 (上記以外の要件、例：遺伝カウンセリングの実施体制が必要 等)	
III. その他の要件	
頻回の実績報告	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (10 症例まで又は6 月間は、毎月報告) ・ <input type="checkbox"/> 不要
その他 (上記以外の要件)	

告示番号	13
先進医療の名称	
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。）	
先進医療の内容（概要）	

本医療は、顎関節の雑音ならびに疼痛、咀嚼筋痛および顎運動障害を主症状とする顎関節症患者に対して、正診率が高く放射線被曝の心配もないMRIを主軸とした画像診断を行い、顎関節部の病態の把握を行なうとともに症型分類を行なう。次いで高精度の顎運動測定装置、筋電図を用いて正確かつ詳細な顎機能の診断を行い、この診断結果に基づいて咬合治療を初期、移行期の各段階に分けて行う。

治療初期では、治療法の中でも代表的な保存療法であるスプリント療法を施行し、Visual Analog Scaleにより症状の緩解の程度を客観的に把握しながら治療を進める。スプリント療法により症状の改善がみられた後、次の段階としてこの顎位を参考としながら硬質レジンあるいは金属製の接着性スプリントを装着する。これを装着することにより咬合の安定化を図り、顎機能の改善が得られた時点で最終的な補綴治療を行う。

従来行われてきた咬合再構成のための補綴法は、健全歯質を大量に削除して全部被覆冠を装着することにより行われた。しかし、本治療法では、接着技法の応用により歯の切削を最小限にとどめ、違和感の少ない装置の装着が可能となる。また、治療の各段階で、顎運動および咀嚼筋活動を定量的に捉え顎機能の状態を正確に評価し、術後の長期安定化を図る。顎関節症の発症因子として咬合の関与は現時点で証明されていないが、本治療を行い症例の長期予後を追うことにより、立証したいと考えている。

事務局案

十三 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。）

先進医療名及び適応症： ( 要件の見直し： <input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 )	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ( 歯科又は歯科口腔外科) ・ 不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ( 補綴歯科専門医又は日本顎関節学会認定医) ・ 不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ( 5 ) 年以上 ・ 不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ( 5 ) 年以上 ・ 不要
当該技術の経験症例数 注 1)	実施者 [ 術者 ] として ( 10 ) 例以上 ・ 不要 [ それに加え、助手又は術者として ( ) 例以上 ・ 不要 ]
その他 ( 上記以外の要件 )	
II. 医療機関の要件	
実施診療科の医師数 注 2)	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 具体的内容：実施責任医師の要件を満たす常勤歯科医師 3 名以上
他診療科の医師数 注 2)	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 ( ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
病床数	要 ( ) 床以上 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ( 歯科又は歯科口腔外科) ・ 不要
当直体制	要 ( ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
緊急手術の実施体制	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
院内検査 ( 24 時間実施体制 )	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：
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要
倫理委員会による審査体制	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要 審査開催の条件：
医療安全管理委員会の設置	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input 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"/> 要 ( 10 症例以上 ) ・ 不要
その他 ( 上記以外の要件、例；遺伝カウンセリングの実施体制が必要 等 )	
III. その他の要件	
頻回の実績報告	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ( 10 症例まで又は 6 月間は、毎月報告 ) ・ 不要
その他 ( 上記以外の要件 )	



告示番号	19
先進医療の名称	
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。)	
先進医療の内容 (概要)	
<p>歯周病は、細菌感染の結果として生ずる歯周組織の破壊、特に歯根膜の喪失と歯槽骨の破壊を特徴とする炎症性疾患である。この疾患は、進行に従って歯の支持組織が徐々に失われるので、最終的には歯の喪失につながる。歯周病のほとんどは、細菌の除去および感染のコントロールを目的としたブラークコントロールやスケーリング・ルートプレーニングを行うことによって治癒する。しかし、歯周病が重症に進行した場合、細菌の除去および感染のコントロールを容易にする歯周組織形態を得るために歯肉剥離掻爬術などの歯周外科処置が必要となる。従来の歯肉剥離掻爬術は、感染源を徹底的に除去するために行う歯周ポケットの減少を目的とした術式である。しかし、歯肉剥離掻爬術には、歯根の露出に伴う審美的な問題や知覚過敏症、さらに上皮付着であるので再感染を受けやすいなどの種々の問題が存在する。したがって、このような切除療法ではなく、歯周組織を再生させる歯周外科療法が歯周治療を行う上での長年の目標であった。</p> <p>そこで開発されたのが、歯周組織再生誘導療法 (guided tissue regeneration: GTR法) である。このGTR法は、歯根面と骨欠損部を人工の膜 (メンブレン) で被覆することによって、物理的に歯肉上皮細胞の侵入を防ぎ、歯周組織が再生するためのスペースを確保する (スペースメイキング) 方法であり、1982年に Nymanらによって初めて報告された。メンブレンを用いてスペースメイキングすることによって、歯肉上皮細胞の根尖側への下方増殖 (ダウングローズ) が阻止され、歯根表面に歯根膜細胞が優先的に付着する。その結果、歯根表面に歯根膜ひいては歯槽骨などの歯周組織が再生し、上皮付着でなく新付着を得ることが可能となる。また、この術式は歯槽骨の再生が得られることによって歯肉の裏打ちができ、かつ歯肉の切除を最小限にとどめる特徴があるので、歯根の露出という審美的な問題も回避できる。さらに、近年では歯根が露出している場合の根面被覆や、インプラント義歯の植立時に骨の厚みが薄い場合の骨獲得 (骨誘導再生療法, guided bone regeneration: GBR法) にもGTRメンブレンが利用されるようになり、GTR法の応用範囲は広がっている。</p> <p>現在、GTR法に使用されているメンブレンは、非吸収性膜と吸収性膜を含めて数種類のもので国内外で販売されている。日本においては、非吸収性膜としてポリテトラフルオロエチレン (e-PTFE) 膜が吸収性膜として乳酸・グリコール酸共重合体膜やコラーゲン膜が、厚生労働省の認可を受けて臨床応用されている。</p> <p>GTR法を実施する場合、非吸収性膜と吸収性膜のどちらを用いるかによって、術式に若干の違いがあるが、両術式とも骨欠損部に膜を装着する手術 (1次手術) が必要である。1次手術では、粘膜炎膜弁を剥離した後、病変部の廓清を行い、メンブレンで歯根表面および骨欠損部を被覆し、歯肉弁を縫合する。吸収性膜を用いた場合、1次手術のみで歯周組織の再生が期待できるが、非吸収性膜に比べスペースメイキングや治療効果の確認が困難である。一方で非吸収性膜を用いた場合、4~6週間後に膜を除去する2次手術が必要である。したがって、どちらの術式を適応させるかは、非吸収性膜と吸収性膜の特徴を十分考慮し、病変の部位、付着歯肉量、骨欠損の状態など応じて判断する。非吸収性膜を用いた場合は二次手術後、吸収性膜を用いた場合は一次手術後の3ヶ月後と6ヶ月後に、X線検査、プロービングデプスおよびアタッチメントレベルを測定することによって、骨の再生度と歯周組織の歯根面への新付着の程度を評価する。</p> <p>なお、近年、エムドゲインゲルによる再生医療も同様の骨欠損に対して適応可能である。エムドゲインゲルは、幼若なブタの歯胚からエナメルマトリックスを取り出し精製したものであるが、ヒトに対する免疫原性や治療効果において明確でない点が多い。しかしながら、本法に使用する膜は、化学合成、またはコラーゲン由来の膜で、免疫原性は問題がないと考える。また、過去に多くの論文が報告されており、治療効果も明らかである。</p>	

事務局案

十九 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。）

先進医療名及び適応症： （要件の見直し： <input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 ）	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（歯科又は歯科口腔外科）・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 要（歯周病専門医又は口腔外科専門医）・不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（5）年以上・不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（5）年以上・不要
当該技術の経験症例数 注1)	実施者〔術者〕として（5）例以上・不要 [それに加え、助手又は術者として（ ）例以上・不要]
その他（上記以外の要件）	
II. 医療機関の要件	
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：実施責任医師の要件を満たす常勤歯科医師3名以上
他診療科の医師数 注2)	要・ <input type="checkbox"/> 不要 具体的内容：
看護配置	<del><input checked="" type="checkbox"/> 要（3対1看護以上）</del> ・ <input 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（ ） ・ <input type="checkbox"/> 不要
病床数	<del><input checked="" type="checkbox"/> 要（ ）</del> 床以上） ・ <input type="checkbox"/> 不要
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（歯科又は歯科口腔外科）・不要
当直体制	<del><input checked="" type="checkbox"/> 要（ ）</del> ） ・ <input type="checkbox"/> 不要
緊急手術の実施体制	要・ <input type="checkbox"/> 不要
院内検査（24時間実施体制）	要・ <input 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 type="checkbox"/> 不要 連携の具体的内容：
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要
倫理委員会による審査体制	要・ <input type="checkbox"/> 不要 審査開催の条件：
医療安全管理委員会の設置	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要
医療機関としての当該技術の実施症例数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（10症例以上）・不要
その他（上記以外の要件、例；遺伝カウンセリングの実施体制が必要等）	
III. その他の要件	
頻回の実績報告	<input checked="" type="checkbox"/> 要（10症例まで又は2月間は、毎月報告） ・ 不要
その他（上記以外の要件）	

告示番号	20
先進医療の名称	
<p>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。)</p>	
先進医療の内容 (概要)	
<p>従来のブリッジは、歯科用セメントを用いた機械的方法により、歯牙に固定されてきた。この従来型ブリッジによる補綴治療では、機械的固定法の性能が不十分なことから、ブリッジを固定する歯牙を多量に削除することが必要となる。このため、高齢者や重篤な全身疾患に罹患している患者では、肉体的、精神的ストレスの大きさから、ブリッジ治療を断念せざるを得ない場合もある。また、歯髄部分が比較的大きい若年者については、歯牙削除中に露髄する可能性が高く、その場合には複雑な追加処置が必要になる。</p> <p>ところが、最近の医療用接着システムの急速な進歩により、機械的方法に代わる接着固定が可能となった。接着固定法では機械的方法の数倍に当たる固定強度が得られるため、歯牙削除量を従来型ブリッジの場合の5～10%に減少させることが可能な接着ブリッジが実現した。接着ブリッジでは、患者の肉体的、精神的苦痛は極めて少なく、歯科医にとっても麻酔や仮封冠作成の手間が省けるとともに、歯髄感染に対する防御措置が不用となる。また、歯牙表面の耐蝕蝕性が高いエナメル質の大部分を保存できるため、歯質とブリッジの継ぎ目に発生する2次蝕蝕が抑制され、機能期間の延長にも繋がっている。</p> <p>接着ブリッジが適応するのは、従来型ブリッジの基準で判断してブリッジ作製が可能であり、かつ1～2歯程度の少数歯欠損の場合である。また、ブリッジを固定する歯牙は健全か、あるいは充填等により適切に治療されていることを必要とする。接着ブリッジ及び接着固定の利点が最大限に発揮されるのは以下のような場合である。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 歯牙歯髄腔が大きく、根尖部も未完な若年者。</li> <li>2. 局所麻酔を行う通常の支台歯形成が危険を伴う高齢者や全身疾患の罹患患者等。</li> <li>3. 歯牙の転位等により支台歯間の平行性確保が困難な場合。</li> <li>4. 顎関節症や事故後遺症等により開口制限がある場合。</li> <li>5. 歯科治療恐怖症患者。</li> <li>6. 蝕蝕活動性が高い患者。</li> </ol> <p>初期の接着ブリッジでは、接着性を向上させるために、使用する合金が非貴金属合金に制限されていた。しかし、最近では、メタルプライマーを使用する接着システムの採用により、金銀パラジウム合金を始めとする幅広い組成の合金の応用が可能である。これにより、適合精度が高く、機械的性質が優れた接着ブリッジが作製できるようになった。特に金銀パラジウム合金は、銅及びパラジウムの含有率が高いため、接着強度と接着耐久性に優れており、接着治療用として優れた合金であることが、基礎、臨床を含めた様々な研究論文で明らかになっている。また、セルフエッチングプライマーやウェット・ボンディング等の接着テクニックの採用で、装着作業時の薬剤誤飲の危険性も大幅に減少し、安全性はさらに向上した。接着ブリッジはこのような数々の先端技術に支えられており、従来法に比較して格段に安全性に優れた高度かつ先進の医療である。</p>	

事務局案

二十 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。）

先進医療名及び適応症： （要件の見直し： <input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 ）	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（歯科）・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 要（補綴歯科専門医又は歯の保存治療専門医）・不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（5）年以上・不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（5）年以上・不要
当該技術の経験症例数 注1)	実施者〔術者〕として（5）例以上・不要 〔それに加え、助手又は術者として（ ）例以上・不要〕
その他（上記以外の要件）	
II. 医療機関の要件	
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：実施責任医師の要件を満たす常勤歯科医師3名以上
他診療科の医師数 注2)	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（ ）・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
病床数	要（ 床以上）・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（歯科）・不要
当直体制	要（ ）・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
緊急手術の実施体制	要・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
院内検査（24時間実施体制）	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：
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要
倫理委員会による審査体制	要・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要 審査開催の条件：
医療安全管理委員会の設置	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要
医療機関としての当該技術の実施症例数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（10症例以上）・不要
その他（上記以外の要件、例；遺伝カウンセリングの実施体制が必要 等）	
III. その他の要件	
頻回の実績報告	<input checked="" type="checkbox"/> 要（10症例まで又は6月間は、毎月報告）・不要
その他（上記以外の要件）	

告示番号	21
先進医療の名称	
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。）	
先進医療の内容（概要）	

最近のコンピューターの発展はめざましく、歯科領域においても診断、治療、術後管理、医療管理などにコンピューターが導入され、医療の効率化能率化が図られている。特に治療分野ではCAD/ CAMシステムによりセラミック修復物を製作する方法が開発されたことが特筆される。本法は小型CCDカメラを用いて形成窩洞の光学印象を採得し、コンピューター制御により修復物の設計を行い、さらに全自動でセラミックブロックからインレー、アンレー、ラミネートベニアおよびクラウンにいたる単独修復物を削り出す方法である。生体親和性、耐摩耗性、審美性などに優れた特性を有するセラミック修復物をチェアサイドでその日のうちに作製し、修復を完了するワンデイサービスが可能である。従来、セラミック系修復物は金属性鑄造修復物に比べ、高度な加工技術が必要なため、高価な修復物であった。しかし、本システムは修復物製作に必要な印象材、石膏、陶材、焼成炉などの技工材料および技工室における技工作業が一切不要であるため、口腔内の直接修復法の延長線上のものと考えてよい。したがって、患者に対する経済的負担および通院にかかる時間的負担を軽減することができ、患者の潜在的ニーズの高い歯冠色修復の普及に拍草がかかるものと期待される。また、口腔内金属性修復物に起因する金属アレルギー患者が近年増加しており、本院においても金属アレルギー外来を補綴科内に開設して対応しているが、金属材料の代替材としてセラミック材が有望であり、本システムの応用はこうした患者への福音となり、今後の需要が見込まれる。このように本修復法はこれまでの金属材料中心の歯科治療から脱却できる意味では歯科医療に与える影響の大きい最先端治療法である。

事務局案

二十一 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。）

先進医療名及び適応症： （要件の見直し： <input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 ）	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（歯科）・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 要（補綴歯科専門医又は歯の保存治療専門医）・不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（3）年以上・不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（3）年以上・不要
当該技術の経験症例数 注1)	実施者〔術者〕として（5）例以上・不要 [それに加え、助手又は術者として（ ）例以上・不要]
その他（上記以外の要件）	
II. 医療機関の要件	
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：実施責任医師の要件を満たす常勤歯科医師3名以上
他診療科の医師数 注2)	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（ ）・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
病床数	要（ 床以上）・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（歯科）・不要
当直体制	要（ ）・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
緊急手術の実施体制	要・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
院内検査（24時間実施体制）	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：
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要
倫理委員会による審査体制	要・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要 審査開催の条件：
医療安全管理委員会の設置	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要
医療機関としての当該技術の実施症例数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（10症例以上）・不要
その他（上記以外の要件、例；遺伝カウンセリングの実施体制が必要 等）	
III. その他の要件	
頻回の実績報告	<input checked="" type="checkbox"/> 要（10症例まで又は6月間は、毎月報告）・不要
その他（上記以外の要件）	