

事務局案

二十一 光学印象採得による陶材歯冠修復法（歯冠部齶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）	

告示番号	24
先進医療の名称	
<p>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。)</p>	
先進医療の内容 (概要)	
<p>唾石症は、唾液腺の導管に結石を生ずる疾患で、そのため唾液の流出が障害される。臨床的には、腺の腫脹と摂食時の仙痛(唾仙痛)を繰り返すことが多く、二次的に感染症を併発し、著しいときには膿瘍を形成することもある。</p> <p>従来の治療法：唾石症の治療は、従来、耳下腺唾石症と顎下腺唾石症のいずれも、外科的に、多くは、導管内唾石は口腔内から唾石だけを摘出、腺体内唾石は口腔外から唾液腺を含めて摘出する方法が採用されてきた。これらの治療法はいずれも観血的であるため、高血圧、心疾患、糖尿病などの全身疾患のある患者には適応が困難な時がある。また、まれに、摘出時に唾石の迷入、顔面神経や舌神経あるいは脈管の損傷、瘢痕形成による閉塞性唾液腺炎を惹起することがある。</p> <p>本治療法：唾石だけを非観血的に摘出できれば、手術による治療が困難な患者に対しても適応が拡がり、偶発症発症もより少なくなることが期待される。本法では、X線透視装置を用い、主導管開口部から挿入した結石除去用カテーテルを操作し、唾石を把持し、非観血的に摘出する方法を採用する。この方法は、炎症の誘発なく、また、従来の外科的治療法と比較して、侵襲がより少ないという点で優れている。また従来法では、腺体内唾石を唾液腺を含めて摘出したが、本法により唾石のみを非観血的に摘出できれば、機能を回復しうる唾液腺を温存できる可能性がある。結石除去用カテーテルは、厚生省に認可されている結石エキストラクターの中で、外径が2フレンチ(約0.67mm)乃至3フレンチ(1mm)のものを用いる。術前に、唾液腺造影を行い、唾石の位置、大きさ、形、導管壁との癒着の有無、唾液腺損傷の程度を把握した後に、本法を適用する。術後は、単純X線写真と唾液腺造影法とにより、唾石の残存が無いことを確認する。結果も良好で、安全な治療法である。</p>	

事務局案

二十四 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。）

先進医療名及び適応症：	（要件の見直し： <input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ 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（口腔外科専門医又は歯科放射線専門医）・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2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）・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）	
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	29
先進医療の名称	
レーザー応用による齶蝕除去・スケーリングの無痛療法 (齶蝕症又は歯周疾患による歯石沈着症に係るものに限る。)	
先進医療の内容 (概要)	
<p>Erbiunm : YAGレーザー (以下 Er : YAGレーザー) は従来より軟組織疾患の治療に用いられてきたCO₂ レーザーやNd : YAGレーザーとは性質が異なり、軟組織疾患のみならず、歯科硬組織疾患に対してもその臨床応用の可能性が注目されている。すなわち、発信波長が2.94 μmの近赤外線レーザーであるため、水の吸収波長とよく一致し、生体組織に応用した場合、高い蒸散能を発揮し、照射野周囲への影響も極めて少ない。又、Er : YAGレーザーの特徴として、歯髄への影響は注水下であればエアータービンと同等であるため特別な処置は必要としない。さらに照射面には炭化層は形成せずレジンの接着性の低下はみられない。</p> <p>さらに、従来の歯科用器具に比べ回転による金属音がなく、施術操作に伴う振動の影響も少ないため無麻酔下で操作が行える利点を有している。</p> <p>今回、歯科用に新しく開発され、製造承認された Er : YAGレーザー装置は東京医科歯科大学等でう蝕除去、スケーリングに臨床応用され、その有効性が示されている。</p> <p>本装置を用いたう蝕治療の概略としては、う蝕症第1度及び第2度、楔状欠損、歯頸部象牙質知覚過敏症等で修復処置を必要とする患者に対し、患歯に適合したハンドピースおよびコンタクトチップを装着、無麻酔下で軟化象牙質の除去及び窩洞形成を行う。通常エナメル質の蒸散には150~250mJ/pulse、軟化象牙質の除去には70~150mJ/pulse程度で使用するが、エナメル質、特に咬合面小窩裂溝部のエナメル質除去においては、治療時間短縮のためエアータービンの併用も考慮される。窩洞形成終了後は必要に応じ覆髄、裏装を行ったあと、コンボジットレジン、光重合レジン等で修復を行う。</p> <p>スケーリングへの応用についても同様に適合したハンドピース、コンタクトチップを装着し無麻酔下に歯石除去を行う。</p> <p>う蝕処置、スケーリングとも、レーザー照射に際しては、患者、術者、介補者は防護用眼鏡を装着し、レーザーは注水下で照射を行う。自験例では全例無麻酔下での治療が可能であり、又、エアータービン併用例もなかった。</p>	

事務局案

二十九 レーザー応用による齲蝕除去・スケーリングの無痛療法（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。）

先進医療名及び適応症： (要件の見直し： <input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ 不要)	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (歯科又は小児歯科) ・ 不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (歯周病専門医、歯の保存治療専門医又は小児歯科専門医) ・ 不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> (5) 年以上 ・ 不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> (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"/> ・ 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"/> (歯科又は小児歯科) ・ 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"/> ・ 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"/> ・ 不要
医療機関としての当該技術の実施症例数	<input checked="" type="checkbox"/> (10 症例以上) ・ 不要
その他 (上記以外の要件、例；遺伝的 シフトの実施体制が必要 等)	
III. その他の要件	
頻回の実績報告	要 (10 症例まで又は2月間は、毎月報告) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
その他 (上記以外の要件)	

告示番号	31
先進医療の名称	
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係るものに限る。）	
先進医療の内容（概要）	
<p>顎関節脱臼に対する観血的な治療法として、従来より行われている顎関節開放手術は、広範囲な皮膚切開を必要とし、外科的侵襲が比較的大きく、重篤な合併症や審美障害を引き起こす可能性があった。一方、顎関節鏡視下手術は顎関節開放手術と比較して、外科的侵襲が極めて小さく、術後の合併症や審美性の点で優れ、早期社会復帰が可能な方法である。</p> <p>顎関節鏡視下レーザー手術併用による円板縫合固定術の適応症は、顎関節脱臼および関節円板転位例であるが、対象を保存療法に奏効しない顎関節脱臼症例とし本術式を行った。</p> <p>本法は、習慣性顎関節脱臼患者のうち、保存治療に奏効しない症例に対して行う観血的治療法で、内視鏡下での下顎頭の運動制限をはかることを目的とする。</p> <p>術式としては、内視鏡下に、KTPレーザーを用い、上関節腔内後壁から斜走隆起を中心とし、円板後方の滑膜部に新鮮創面を形成する。その後、関節結節前方の皮膚面から下顎用突推を上顎関節腔内に穿刺し、新鮮創面の前方部に穿刺した後、後方に針尖を進め、外耳道前壁から針尖の糸孔が露出するまで穿通させた。糸孔に2-0ナイロン糸を通した後、針尖を関節腔内に戻し、次に、針尖を縫合する他の一方の新鮮創の後縁である後壁組織に穿入し、再び外耳道前壁に針尖を針孔が露出するまで進め、針孔から縫合糸を抜き出した。この操作を2～3回繰り返し、縫合糸を外耳道前壁で結紮縫合を行う。関節鏡穿刺部の皮膚縫合は5-0ナイロン糸を用いて行う。</p> <p>現在まで、6例の習慣性顎関節脱臼症例に対し本法を施行しているが、全例とも再発なく良好である。</p>	

事務局案

三十一 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 ・ 不要)
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (歯科又は歯科口腔外科) ・ 不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (口腔外科専門医、歯科放射線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"/> (5) 年以上 ・ 不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> (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"/> ・ 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)	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 不要 具体的内容：麻酔科医1名以上
看護配置	<input checked="" type="checkbox"/> (1.5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"/> () 床以上 ・ 不要
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (歯科及び麻酔科) ・ 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
院内検査 (24時間実施体制)	<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"/> ・ 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"/> ・ 不要
医療機関としての当該技術の実施症例数	<input checked="" type="checkbox"/> (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"/> (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	34
先進医療の名称	
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。）	
先進医療の内容（概要）	
<p>習慣性顎関節脱臼の治療については、古くは紀元前にヒポクラテスにより既に記述されており、その後、枚挙にいとわぬ数多くの報告がなされている。現在、治療の主流は外科療法であるが、そのほとんどが関節切開を必要とされる。このなかで、内視鏡的手法を応用したものは、1990年大西らによる鏡視下円板縫合固定術のみであり、その背景として、頭部に近接した小関節である顎関節における技術的困難性と手術機器の制約がその原因と考えられる。一方、関節切開による外科療法の中で、現在、信頼性と適応頻度が最も高い術式は関節結節形成術であるが、これを内視鏡的に施行したものはほとんどない。近年の顎関節における内視鏡的手法の確立と関節鏡機器の発達、とくに小関節用電動シェーバーの開発に伴い、変形性関節症に対する関節結節の病的骨軟骨の形成に関する報告、あるいは申請者による顎関節脱臼例に対する1例報告が散見されるが、今回の申請のごとく、多数の習慣性脱臼症例に対して、内視鏡的に関節切開と同様の結節形成術を施行して良好な治療成績を提示したものはない。</p> <p>本術式である習慣性顎関節脱臼内視鏡手術（顎関節鏡視下結節形成術）は、今回5例に試みられ1関節の再発を除き、全ての症例において再脱臼をきたすことなく極めて有効であった。手術時間は、平均1時間と関節解放下手術よりも短く、さらに、手術後2週目において平均最大開口量は、4.3 ± 1.1mmと早期に正常域に回復し（他術式における報告では31mmとの報告がある）、さらに、通常の関節結節形成術後において約半数に出現するといわれている不快な関節雑音（関節軋轢音）についても、本術式では5例7顎関節中2関節に軽度の関節雑音を認めたのみである。</p> <p>以上より、顎関節脱臼内視鏡下手術（顎関節鏡視下結節形成術）は、その確実な有効性と、より軽度の手術侵襲治療に対する社会的要請に充分対応できるものと考えられる。</p>	

事務局案

三十四 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。）

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) ・ <input type="checkbox"/> 不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (口腔外科専門医、歯科放射線専門医又は日本顎関節学会認定医) ・ <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)	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 具体的内容：麻酔科医 1 名以上
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 (歯科及び麻酔科) ・ <input type="checkbox"/> 不要
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要 () ・ <input 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	50
先進医療の名称	
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	
先進医療の内容 (概要)	

インピーダンス・オージオメトリー、耳音響放射 (OAEs) 及び聴性脳幹反応 (ABR) 等の非侵襲的検査により、顎関節症及び咬合異常に併発する中耳、前庭迷路系・蝸牛系の機能異常を他覚的に把握し、ティンパノグラム及び音響性耳小骨筋反射の対称性を指標とした三次元的下顎位に誘導し咬合改善を行って症状の治癒を図るものである。

診療の分担については、耳鼻咽喉科医師が機能検査及び診査を行って診断する。次いで顎関節咬合診療科歯科医師が顎機能診査、バイトプレーン・スプリント及びリポジショニング・アプライアンスによる下顎整位、メタルスプリントによる咬合改善を行い、顎関節の機能回復が得られた後、再び耳鼻咽喉科医師による診査を行って治療評価を行う。

事務局案

五十 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

先進医療名及び適応症：	(要件の見直し： <input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ 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 (口腔外科専門医又は補綴歯科専門医) ・ 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 (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 ・ 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 2 名以上
他診療科の医師数 注 2)	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ 不要 具体的内容：耳鼻咽喉科において他覚的聴覚検査 (聴性脳幹反応検査又は耳音響反射検査) について 200 例以上の症例を実施している医師が配置
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、及び耳鼻咽喉科) ・ 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	14
先進医療の名称	
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。)	
先進医療の内容 (概要)	
<p>1. 赤血球内代謝酵素 (15種余り) の酵素活性の測定</p> <p>患者から採血し、血小板、白血球などをセルロースカラムで除去し洗浄後 I C S H (国際血液学標準化委員会) の推奨法に基づいて、溶血させ、その溶血液を用いて下記の18種の酵素活性を測定する。</p> <p>内17種は自動分析装置 COBAS MIRA (Roche) を用いて自動測定し、1種は用手法による。</p> <p>[測定項目]</p> <p>ヘキソキナーゼ、グルコースリン酸イソメラーゼ、ホスホフルクトキナーゼ、アルドラーゼ、トリオースリン酸イソメラーゼ、グリセルアルデヒド-3-リン酸脱水素酵素、ホスホグリセリン酸キナーゼ、モノホスホグリセロムターゼ、エノラーゼ、ピルビン酸キナーゼ、乳酸脱水素酵素、グルコース-6-リン酸脱水素酵素、6-ホスホグルコン酸脱水素酵素、グルタチオン還元酵素、グルタチオンペルオキシダーゼ、アデニル酸キナーゼ、アデノシンデアミナーゼ、アセチルコリンエステラーゼ</p> <p>2. 代謝中間産物の測定</p> <p>患者の血液を過塩素酸で除タンパクし、その抽出液を用いて下記の13種の解糖系中間体およびアデニンヌクレオチドを自動分析装置 COBAS FARA を用いて自動測定する。</p> <p>[測定項目]</p> <p>グルコース-6-リン酸、フルクトース-6-リン酸、フルクトース-1, 6-2リン酸、トリオース-リン酸、2, 3-ビスホスホグリセリン酸、3-ホスホグリセリン酸、2-ホスホグリセリン酸、ホスホエノールピルビン酸、ピルビン酸、乳酸、ATP, ADP, AMP</p> <p>3. 異常ヘモグロビンの分析</p> <p>洗浄赤血球を蒸留水で溶血させ、その溶血液について以下の検査を行う。</p> <p>インプロパノール試験などで不安定Hbが確認された場合には、Hb電気泳動、イオン交換クロマトグラフィなどにより異常Hbを分離精製し、脱ヘム後、尿素カラムクロマトグラフィにて異常Hb鎖を精製する。</p> <p>ペプチドマップ、アミノ酸分析etcで構造異常を明らかにすると共に、酵素運搬機能など機能解析を行う。</p>	

告示番号	14
先進医療の名称	
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。)	
先進医療の内容 (概要)	
<p>前項からの続き→</p> <p>4. 赤血球酸素運搬機能の分析 全血を酸素解離曲線測定装置にて分析する。 多血症を呈する症例の中に、酸素親和性の高い異常Hbが原因のものがあ り、その診断にはHbの酸素解離曲線による分析が有効である。</p> <p>5. 赤血球膜蛋白質異常の分析 洗浄赤血球から赤血球膜分画を精製し、SDS電気泳動法により分析する。 細胞骨格を構成する主要な膜蛋白質の量的異常はSDS電気泳動を行って 分析する。 質的異常の有無は、特に細胞骨格蛋白質間相互の統合を特異抗体を用いた ELISAにて分析する。</p> <p>6. 変異蛋白質の遺伝子解析 膜蛋白質異常、異常Hbなどにおいて患者のgenomicDNAもしくは cDNAの分析を行う。</p>	

事務局案

十四 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。）

先進医療名及び適応症： (要件の見直し： <input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ 不要)	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (内科又は小児科) ・ 不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (血液専門医) ・ 不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> (3) 年以上 ・ 不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> (1) 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 (1) 例以上 ・ 不要 [それに加え、助手又は術者として () 例以上 ・ <input checked="" 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"/> ・ 不要 具体的内容：常勤医師 <u>1</u> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> (臨床検査技師) ・ 不要
病床数	要 (床以上) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (内科又は小児科) ・ 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)	<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"/> ・ 不要
倫理委員会による審査体制	<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"/> ・ 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 (上記以外の要件、例；遺伝カッ 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	要 (症例まで又は 月間は、毎月報告) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
その他 (上記以外の要件)	

告示番号	25
先進医療の名称	
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。）	
先進医療の内容（概要）	
<p>急性白血病をはじめとして種々の造血器悪性腫瘍の治療成績は年々向上しているが、腫瘍細胞が抗癌剤に抵抗性を獲得し薬剤耐性となることが最大の問題点となっている。その原因として最も重要視されているのは、多剤耐性遺伝子の過剰発現による腫瘍細胞表面へのP糖蛋白の存在である。P糖蛋白を持つ腫瘍細胞はP糖蛋白を通じて抗癌剤排泄が促進されるので抗癌効果が低下すると考えられている。近年、抗P糖蛋白抗体が市販されるようになり、Flow cytometerを用い腫瘍細胞表面にP糖蛋白が存在するか否かを検討することが可能となった。もし、腫瘍細胞にP糖蛋白が検出されれば、薬剤耐性に関与しない抗癌剤を選択することができるようになり、悪性腫瘍の治療成績の向上に寄与できると考えられる。</p>	

事務局案

二十五 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。）

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 (内科又は小児科) ・ <input type="checkbox"/> 不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (血液専門医) ・ <input type="checkbox"/> 不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (3) 年以上 ・ <input type="checkbox"/> 不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (1) 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 (1) 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 checked="" 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：常勤医師1名以上
他診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 具体的内容：病理検査部門が設置され病理医1名以上
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"/> 要 (臨床検査技師) ・ <input 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 (内科又は小児科) ・ <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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 ・ <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 (1 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	要 (症例まで又は 月間は、毎月報告) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
その他 (上記以外の要件)	