

勤, 非常勤と別れている(表5)²¹⁾。所属先(係/班)は「健康増進(たばこ・栄養・運動など)」が多く, その他様々な部署に配属されている。

市区町村における歯科専門職は, 常勤職員数に占める割合は0.2%(86名)と低い, 非常勤職員延べ数に占める割合は2.4%(36,996名)と比較的高く²¹⁾, 歯科保健業務の担い手として民間の歯科医師が活用されている。これらの歯科医師は地域の所属歯科医師会から派遣される事例が多い。

業務内容は, 都道府県庁, 保健所設置市本庁で業務の約3分の2が歯科保健業務で, 都道府県の出先(保健所)では約3分の1程度, 保健所設置市・特別区の出先(保健所, 保健センター)では約2分の1程度であり, 出先で歯科業務の割合が低く, 感染症, 健康危機管理, 介護予防・介護保険, 難病など関与している仕事の幅が多彩である²¹⁾。

D. 考察

諸外国の歯科保健医療の提供体制を参考に, 国際的な視点からわが国の新たな歯科保健医療体制の確立に資するため, まずわが国の歯科医療費の状況, 歯周病有病状況の動向, 成人歯科保健医療サービス等の提供状況, 医療・歯科医療の基礎データ, 歯科医療の業務範囲, 歯科医師の専門性, および行政の歯科医師について整理を行うため, 現在入手可能な情報を入手した。情報の大部分は国のデータであり, わが国において歯科保健医療に関する現状の基礎データは大部分整えられていることが示唆された。

ただし, 歯周病対策, 成人期の歯科保健医療サービスの提供体制, 歯科医療の業務範囲および専門性, 行政の歯科医師の配置状況等, 今後, 将来を見据えた詳細な分析を行う必要性が示唆された。

E. 結論

国際的視点からわが国の新たな歯科保健医

療体制の確立に資するため, まずわが国の歯科医療費の状況, 歯周病有病状況の動向, 成人歯科保健医療サービス等の提供状況, 医療・歯科医療の基礎データ, 歯科医療の業務範囲, 歯科医師の専門性, および行政の歯科医師について整理を行うため, 入手可能な情報を入手した。大部分は国のデータであり, 歯科保健医療に関する現状の基礎データは大部分整えられていることが示唆されたが, 歯周病対策, 成人期の歯科保健医療サービスの提供体制, 歯科医療の業務範囲および専門性, 行政の歯科医師の配置状況等, 将来を見据えた詳細な分析を行う必要性が示唆された。

F. 文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部(平成23年9月29日公表):平成21年度国民医療費の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/09/toukei5.html>(平成24年2月6日アクセス)。
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部(平成23年6月23日公表):平成22年社会医療診療行為別調査結果の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa10/>(平成24年2月6日アクセス)。
- 3) 安藤雄一ほか:歯周疾患の有病状況, 疫学的特徴. 歯科ジャーナル36:665-675, 1992.
- 4) 口腔保健協会:歯科疾患実態調査 統計表データ(全9回調査分). 口腔保健協会, 東京, 2009.
- 5) 木村恵子ほか:かかりつけ歯科医機能に関する研究 第一報 住民を対象としたアンケートとインタビューにおける機能項目と区分の検討. 口腔衛生学会雑誌48:152-154, 1998.
- 6) 福田英輝ほか:歯科受診者における歯周疾患検診についての認知状況. 日本歯科医療管理学会雑誌45:255-259, 2010.
- 7) 厚生労働大臣官房統計情報部(平成23年2

- 月23日公表) : 平成21年度地域保健・健康増進事業報告の概況 : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/09/> (2012年2月7日アクセス) .
- 8) 総務省統計局 (平成23年10月26日公表) : 平成22年国勢調査 (人口等基本集計結果) : 平成22年10月1日 . <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/kihon1/pdf/youyaku.pdf> (2012年2月7日アクセス) .
- 9) 国土交通省国土地理院 : 平成23年全国都道府県市区町村別面積調査 : 平成23年10月1日 . <http://www.gsi.go.jp/KOKUJYOHO/MENCHO/201110/opening.htm> (2012年2月7日アクセス) .
- 10) 厚生労働省大臣官房統計情報部 (平成23年12月6日公表) : 平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査 : 平成22年12月31日 . <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/10/index.html> (2012年2月7日アクセス) .
- 11) 厚生労働省大臣官房統計情報部 (平成23年10月4日公表) : 平成22年医療施設 (動態) 調査 : 平成22年10月1日 . <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/> (2012年2月7日アクセス) .
- 12) 厚生労働省大臣官房統計情報部 (平成23年7月12日公表) : 平成22年衛生行政報告例 (就業医療関係者) : 平成22年12月31日 . <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/10/> (2012年2月7日アクセス) .
- 13) 厚生労働省医政局医事課 : 医師及び歯科医師に対する行政処分の考え方について . <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/12/s1213-6.html> (2012年2月8日アクセス) .
- 14) 日本歯科医師会 : 平成22・23年度日歯生涯研修事業実施要領 . 2011.
- 15) 石井拓男ほか編 : スタンダード社会歯科学第4版 . 学建書院 , 東京 , 2012 , 106頁 .
- 16) 石井拓男ほか編 : スタンダード社会歯科学第4版 . 学建書院 , 東京 , 2012 , 98頁 .
- 17) 石井拓男ほか編 : スタンダード社会歯科学第4版 . 学建書院 , 東京 , 2012 , 98-99頁 .
- 18) 日本耳鼻咽喉科学会 : 口のなかのがん (癌) は誰が診るの? . http://www.jibika.or.jp/topics/0609_area.html (2012年2月8日アクセス) .
- 19) 座談会 歯科衛生士の業務について . 日本歯科医師会雑誌62 : 433-452 , 2009.
- 20) 厚生労働省医政局総務課 (平成23年8月23日公表) : 医療に関する広告が可能となった医師等の専門性に関する資格名等について . <http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/06/tp0627-1.html> (2012年2月8日アクセス) .
- 21) 安藤雄一ほか : 歯科保健を担う人的資源の特徴 . 保健医療科学60 : 387-395 , 2011.

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
分担研究報告書

地域やライフステージを考慮した歯および口腔の健康づくりの支援体制の構築に関する研究

我が国における公的医療保険制度に関する調査

研究分担者 福泉 隆喜 九州歯科大学総合教育学分野 准教授
研究協力者 日高 勝美 九州歯科大学口腔保健学科 教授

研究要旨

歯および口腔の健康づくりの支援体制の構築に向けた具体的な提示を行うためには、まず我が国における制度概要を把握する必要がある。このため、我が国の歯科保健医療施策のうち、公的医療保険の制度概要を調査することを目的とした。

厚生労働白書、各種審議会資料、成書、その他の文献を調査することにより、公的医療保険制度の制度概要、保険診療の概念と現況、診療報酬の決定プロセス、歯科診療報酬の範囲、歯科診療報酬の構成割合、保険外併用療養費制度、新規技術の保険導入の仕組み、保険医療材料の保険償還価格、歯科用貴金属の随時改定の考え方、今後の課題について精査した。

国民皆保険制度を維持し、我が国の公的医療保険制度を将来にわたって持続可能なものとしていくためには、給付と負担のバランスという観点も含めた、将来の社会保障の在り方に関する国民的な議論が期待される。

A. 研究目的

国際的な視点から我が国の歯科保健医療施策を客観的に評価し、歯科疾患を取り巻く社会環境の変遷、歯科保健の現状等を分析し、歯および口腔の健康づくりの支援体制の構築に向けた具体的な提示を行うためには、まず我が国における制度概要を把握する必要がある。このため、我が国の歯科保健医療施策のうち、公的医療保険の制度概要を調査することを目的とした。

B. 研究方法

厚生労働白書、各種審議会資料、成書、その他の文献を調査することにより、公的医療保険の制度概要をとりまとめた。具体的には、公的

医療保険制度の制度概要、保険診療の概念と現況、診療報酬の決定プロセス、歯科診療報酬の範囲、歯科診療報酬の構成割合、保険外併用療養費制度、新規技術の保険導入の仕組み、保険医療材料の保険償還価格、歯科用貴金属の随時改定の考え方、今後の課題について精査した。

（倫理面への配慮）

本研究では、我が国において、すでに官公庁などで公表されている既存のデータを収集して分析を行うので、倫理上の問題はない。

C. 研究結果

1. 制度概要

我が国の公的医療保険は、保険的手法により社会保障を行う社会保険のひとつである。社会保険には、次の3つの特徴がある。第1は、法的に加入が義務付けられており、加入保険の選択はできない「強制加入」という点である。第2は、保険料の徴収や保険給付について、「国が直接又は間接に管理又は監督を行う」という点である。第3は、民間保険と異なり、「保険料は所得に応じて自動的に決まる」という点である。

医療保険は、疾病、負傷、死亡、出産などの保険事故による短期的な経済的損失について保険給付する制度であり、受けた医療にかかった費用を被保険者に給付する「現金給付」と、医療そのものを被保険者に給付する「現物給付」の2種類の方式がある。我が国の場合は、原則として「現物給付」の方式が採用されており、医療にかかった費用は後から保険者が医療機関に支払う仕組みとなっている。

国民皆保険制度達成50周年の節目に当たる平成23（2011）年現在、我が国の医療保険は、年齢により属する制度が異なり、74歳以下では被用者保険（職域保険）又は地域保険のいずれか、75歳以上では後期高齢者医療制度に加入する。被用者保険には、健康保険（保険者は全国健康保険協会又は健康保険組合）、各種共済（保険者は共済組合）等があり、地域保険は国民健康保険（保険者は市町村又は国民健康保険組合）となっている。それぞれの保険者数、加入者数、加入者平均年齢、加入者一人当たり平均所得、加入者一人当たり医療費、加入者一人当たり保険料、公費負担について比較すると、保険者毎に異なる特性を有している。

被用者保険である健康保険（健保）と地域保険である国民健康保険（国保）の給付内容を比較すると、医療の現物給付にあたる療養の給付（いわゆる通常の保険診療による医療の提供）、訪問看護療養費、入院時食事療養費、入院時生活療養費、高額療養費の自己負担限度額については、両者に差異はなく、同一の内容となっ

ている。しかし、現金給付について比較すると、出産育児一時金は原則42万円で同一の内容だが、埋葬料、傷病手当金、出産手当金については、健保と国保とで給付内容が異なる。具体的には、埋葬料は、健保では定額5万円であるのに対し、国保では給付額は条例で定めるところによるため、保険者により1～5万円とばらつきがある。傷病手当金は業務外の事由による療養のため労務不能となった期間（最長で1年6ヶ月）、出産手当金は被保険者本人の産休中の間、健保ではそれぞれ1日に付き標準報酬日額の2/3相当額が支給されるのに対し、国保では両者が任意給付となっているため、いずれも平成22年4月現在で実施している市町村はない。

保険医療機関を受診した場合の自己負担率も年齢によって異なり、義務教育修学前では2割、義務教育修学開始時から70歳未満では3割、70歳以上75歳未満では2割（ただし、年145万円以上の課税所得を有する者は3割）、75歳以上では1割である。なお、高額療養費については、介護費用との合算制度が設けられており、医療保険と介護保険に要したそれぞれの自己負担額を合算し、所得に応じた限度額を超えた額が還付される仕組みとなっている。

2. 保険診療の概念と現況

公的医療保険に基づいて実施される保険診療は、健康保険法等に基づく保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」に該当する。この公法上の契約は、地方厚生局長による保険医療機関等の指定及び保険医等の登録の効果として成立すると解されている。

保険医療機関と保険医については、健康保険法第70条及び第72条において、それぞれ厚生労働省令で定めるところにより、療養の給付を担当し、健康保険の診療に当たらなければならないことが規定されている。その具体的内容を定めたものが、保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和32年4月30日厚生省令第15号）である。同規則においては、保険医の診療方針とし

て、適切な診断、療養上必要な指導、適切な転医及び対診、特殊療法等の禁止等が規定されている。

社会保険診療報酬支払基金から診療報酬が支払われた歯科の保険医療機関の数（毎年6月審査分）は、平成18年68,298、平成19年68,349、平成20年68,311、平成21年68,408、平成22年68,719、平成23年68,647であり、概ね68,000～69,000の間で大きな増減は見られない。

医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計した「国民医療費」のうち、歯科診療医療費の推計額と構成割合は、平成16年度2兆5,377億円（7.9%）、平成17年度2兆5,766億円（7.8%）、平成18年度2兆5,039億円（7.6%）、平成19年度2兆4,996億円（7.3%）、平成20年度2兆5,777億円（7.4%）、平成21年度2兆5,587億円（7.1%）と推移している。

3. 診療報酬制度

1) 診療報酬の決定プロセス

我が国の公的医療保険は、「診療報酬制度」によって担われている。診療報酬とは、保険医療機関が保険医療サービスに対する対価として保険者から受け取る報酬であり、中央社会保険医療協議会（中医協）の議論を踏まえ、厚生労働大臣が決定（告示）する。中医協は、中央社会保険医療協議会法（昭和25年3月31日法律第47号）第3条第1項各号の規定により、支払側委員7名（1号委員：健康保険・船員保険・国民健康保険の保険者・被保険者、事業主、船舶所有者を代表する委員）、診療側委員7名（2号委員：医師、歯科医師、薬剤師を代表する委員）及び公益委員6名（3号委員：公益を代表する委員）で構成される。1号委員と2号委員が保険契約の両当事者として協議し、3号委員がこの両者を調整するといういわゆる「三者構成」をとっている。このうち、3号委員である公益を代表する委員の任命については、同法第3条第6項の定めにより、国会同意人事として衆参両院

の議決を必要とする。

中医協で審議される診療報酬には2つの側面があり、保険診療の範囲・内容を定める「品目表」としての性格及び個々の診療行為の価格を定める「価格表」としての性格を有している。

この診療報酬の改定は、通常、年末に行われる予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を前提として、社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づく中医協の具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を踏まえ、厚生労働大臣が実施するものである。この際、まず中医協の各分科会等において、医療技術の評価の見直し、新規技術の保険導入の検討、保険医療材料の償還方法、材料価格基準等についての議論を行い、これらの議論の結果等に基づき、中医協総会において診療報酬における評価や算定要件等を審議している。

2) 歯科診療報酬の範囲

公的医療保険により給付される歯科医療の範囲は、厚生労働大臣の告示によって、「診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）」の別表第二「歯科診療報酬点数表」として定められている。この歯科診療報酬点数表に収載されていない技術は、原則として保険給付の対象外である（保険外併用療養費制度を除く）。歯科診療報酬点数表は、第1章基本診療料と第2章特掲診療料の2章構成となっている。第1章は第1部初・再診料と第2部入院料等で構成され、基本的な診療行為について一括して評価するものとなっている。また、第2章は第1部医学管理等から第14部病理診断までの14部で構成され、具体的な歯科医療行為を個別に評価するものとなっている。

一人当たりの総歯科医療費（自費を含む）に対する公的医療保険等の給付率については、我が国は77%であり、ドイツ60%、イギリス55%、フランス37%、韓国19%、アメリカ6%となっている。諸外国に比べると、我が国の歯科診療

においては、比較的広い範囲を公的医療保険によってカバーしているといえる。

3) 歯科診療報酬の構成割合

平成22年の社会医療診療行為別調査によると、同年6月審査分の歯科診療報酬は、1件当たり点数は1,296.1点（前年比0.2%増）、1日当たり点数は622.4点（前年比1.1%増）、1件当たり日数は2.08日（前年比1.0%減）となっている。これを、一般医療（0歳から74歳までの者（65歳以上で後期高齢者医療制度の被保険者を除く）が受けた療養の給付等の支給）と後期医療（後期高齢者医療制度の被保険者が受けた療養の給付等の支給）別に見ると、1件当たり点数は、一般医療1,248.6点、後期医療1,571.8点となっている。1日当たり点数は、一般医療608.3点、後期医療697.0点で、年齢階級別に見ると、「75歳以上」695.0点が最も高く、次いで「65～74歳」639.7点となっており、「0～14歳」545.0点が最も低くなっている。診療行為別の構成割合をみると、後期医療は、一般医療と比べ「在宅医療」と「歯冠修復及び欠損補綴」の割合が高く、「処置」の割合が低くなっている。1件当たり日数は、一般医療2.05日、後期医療2.26日となっている。

4) 保険外併用療養費制度

我が国の公的医療保険制度においては、一連の診療において、保険診療部分と保険外診療部分を含む、いわゆる混合診療に該当する場合は、医療費の全額が自己負担となる。ただし、保険外診療を受ける場合でも、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定療養」については、保険診療との併用が認められており、通常の治療と共通する部分（診察・検査・投薬・入院料等）の費用は、一般の保険診療と同様に扱われる。この保険診療と同様に扱われる部分については一部負担金を支払うこととなり、残りの額は「保険外併用療養費」として公的医療保険から給付が行われる。

5) 新規技術の保険導入

新規の医療技術の保険導入には、2つのルートがある。第1は将来的な保険導入のための評価を行うものとして保険診療との併用を認められた先進医療からの保険導入であり、第2は学会等（日本医学会分科会、内科系学会社会保険連合、外科系学会社会保険委員会連合又は日本歯科医学会分科会（認定分科会含む）の何れかに属する学会、日本薬学会、並びに看護系学会等社会保険連合）からの新規技術の提案によるものである。前者は先進医療の実績等により、先進医療専門家会議及び中医協の審議により決定される。後者は、学会等から提出される「医療技術評価提案書」に基づき、診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会及び中医協の審議により決定される。この医療技術評価提案書には、申請する新規技術に関するエビデンスレベルを明記するとともに、当該エビデンスに関する資料（論文の写し等）を必ず添付することが要件となっている。

医療技術評価分科会は、中医協からの求めに応じ、診療報酬上の技術的課題について調査審議する診療報酬調査専門組織の分科会で、医学、歯学、薬学、看護学、医療経済学等に係る専門的知識を有する者により構成され、中医協に当該課題に関する報告を行うこととされている。その後、最終的に、中医協総会における審議を経て、個別技術の保険導入及び点数設定が決定される仕組みである。

平成24年度診療報酬改定に係る歯科領域の「医療技術評価提案書」は、平成23年3月に日本歯科医学会を通じて、専門分科会及び認定分科会に提案書の提出を依頼し、同年6月に提出締切、同年7月以降に外部有識者の意見を踏まえ専門的観点から検討が行われているところである。

4. 歯科材料等の償還方法与価格基準

1) 保険医療材料の保険償還価格

公的医療保険の対象となる保険医療材料は、その特性に応じて、A1(包括)、A2(特定包括)、B(個別評価)、C1(新機能)、C2(新機能・新技術)の5つの評価区分に分類されている。このうち、B(個別評価)に分類されるものを特定保険医療材料といい、医療行為の対価としてのいわゆる技術料とは別に診療報酬上算定することができ、その範囲と価格は厚生労働大臣の告示(特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準))により定められている。

新規材料の価格算定の基準は、類似機能区分の有無、補正加算の有無によって異なるが、いずれも価格調整(外国平均価格の1.5倍を超える場合は1.5倍に相当する額に調整)を行ったうえで新規材料の価格が決定される。材料価格基準に既に記載されている材料に関しては、原則として、「市場実勢価格加重平均値一定幅方式」によって価格が決定される。この方式は、既収載品の市場実勢価格の加重平均値に消費税を加えた算定値に、流通コスト等を加味するための一定幅(例えば平成22年度においては4%)を加算するものである。ただし、市場実勢価格が外国平均価格の1.5倍を上回る場合にあっては、特例的に別の算定式を適用し、倍率に応じて価格を引き下げる(最大25%まで)こととしている。

2) 歯科用貴金属の随時改定の考え方

歯科用貴金属の価格については、その素材である金やパラジウムなどの取引価格が市場によって決まるため、歯科用貴金属の市場実勢価格にも大きな変動が生じやすい。通常、材料価格の改定は、診療報酬改定と同時に行われるが、歯科用貴金属に限り、別の時期にも貴金属価格の変動に合わせた改定が行える仕組みとなっている。具体的には、素材価格の平均値の変動の幅が告示価格の±5%を超える場合には、診療報酬改定後から6か月ごとに価格の随時改定が行える。

歯科用貴金属の機能区分に係る随時改定時

前の基準材料価格と補正幅に消費税率等に乗じた価格の和が、随時改定の際に用いられる価格の算出式である。この際、補正幅は、当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降の平均素材価格から当該機能区分の前回改定で用いた平均素材価格を減じたものである。

一例を挙げると、欧米の経済情勢の変動に伴う金価格の高騰により、平成23年9月までは、1g当たり878円であった歯科鑄造用金銀パラジウム合金が、同年10月からは1g当たり1,028円に改定されたところである。

D. 考察

我が国は、国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかし、急速な少子高齢化、経済の安定成長への移行などの社会環境の変化に直面している。国民皆保険制度を維持し、我が国の公的医療保険制度を将来にわたって持続可能なものとしていくためには、様々な課題があると考えられる。

このような中、平成23年6月30日に「社会保障・税一体改革成案」(政府・与党社会保障改革検討本部決定)がまとめられ、翌7月1日に閣議報告された。この成案では、「この改革の実現のためには、立場を超えた幅広い議論の上に立った国民の理解と協力が必要」とされている。今後、給付と負担のバランスという観点も含めた、将来の社会保障の在り方に関する国民的な議論が期待される。

また、保険給付の範囲や費用負担に対する国民の関心は高いことから、保険外診療の占める割合が比較的高い歯科医療においては、患者の費用負担の透明性確保と歯科疾患の予防を推進する観点から、今後の医療保険制度のあり方について幅広い検討が望まれる。

E. 結論

社会保障制度の一分野である医療保険は、国

民生活を支える重要な基盤となっているが、国民皆保険制度の創設から50年が経過し、高齢化の進展、雇用や経済情勢の変動、国民意識の多様化などにより医療保険を取り巻く環境は大きく変化している。このような状況の中、公的医療保険制度については、給付と負担のバランスを前提とした見直しの必要性が指摘されている。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 日高勝美、福泉隆喜：歯科保健医療施策の近年の動向について。九州歯会誌 65(3)、68-75、2011.
- 2) 福泉隆喜、日高勝美：我が国における公的医療保険制度の概要。九州歯会誌 65(5・6)、185-191、2012.
- 3) 渡邊 裕、枝広あや子、伊藤加代子、岩佐康行、渡部芳彦、平野浩彦、福泉隆喜、飯田良平、戸原 玄、野原幹司、横山正明、大原里子、北原 稔、吉田光由、柏崎晴彦、斎藤京子、菊谷武、植田耕一郎、小坂 健、大淵修一、池添志乃、田中弥生、武藤正樹、武井典子、池主憲夫、外木守雄、山根源之、片倉 朗。介護予防の複合プログラムの効果の特徴づける評価項目の検討-口腔機能向上プログラムの評価項目について-。老年歯学 26(3)：327-337、2011.

2. 学会発表

- 1) 渡邊裕、福泉隆喜、他：「介護予防における口腔機能向上サービスの推進に関する研究-介護予防における包括サービスの効果について-」、日本老年歯科医学会第22回学術大会課題講演、平成23年6月16日、京王プラザホテル、東京都新宿区。
- 2) 矢野加奈子、神田 拓、高橋拓史、杉戸博記、福泉隆喜、日高勝美：歯科衛生士を対象とした医療安全に関する意識調査。日本歯科衛生学会 第6回学術大会、新潟、口演：2011.
- 3) 福泉隆喜、日高勝美：歯科衛生士に対する医療安全に関する意識調査。第13回日本歯科

医療管理学会九州支部学術大会、大分、口演：2011.

- 4) 福泉隆喜、日高勝美、西原達次：「口腔保健医療行政の視点から見た感染症対策」、第81回日本感染症学会西日本地方学術集会、医歯連携シンポジウム「歯科と医科のクロストーク-歯科から見た感染症対策」、平成23年10月8日、北九州国際会議場、北九州市。

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

地域やライフステージを考慮した歯および口腔の健康づくりの支援体制の構築に関する研究

先進的な歯科医療の状況に関する調査

研究協力者 大山 篤 東京医科歯科大学歯科総合診療部 助教

研究要旨

先進医療に収録されている歯科領域の新しい医療技術は、将来的に歯科領域の保険診療に導入される可能性がある。歯科領域の先進医療の状況について調査しておくことは、今後の歯科領域における保険診療の動向を知るうえで意義があると考えられる。

本研究では、歯科領域における保険診療に導入される可能性のある新しい歯科医療技術の概要について調査し、さらに当該技術を実施するために必要となる特殊な医療機器等に関する情報を簡潔にまとめた。

A. 研究目的

先進医療は、健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 83 号）において、「厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養」とされ、厚生労働大臣が定める「評価療養」のひとつにあげられている¹⁾。そのため、有効性および安全性を確保する観点から、医療技術ごとに一定の施設基準が設定されており、施設基準に該当する保険医療機関が届出を行うことによって、保険診療との併用ができるとされている。

先進医療に収録されている歯科領域の新しい医療技術は、将来的に歯科領域の保険診療に導入される可能性がある。歯科領域の先進医療の状況について調査しておくことは、今後の歯科領域における保険診療の

動向を知るうえで意義があると考えられる。本研究では、歯科領域における保険診療に導入される可能性のある新しい歯科医療技術の概要について調査し、当該技術を実施するために必要となる特殊な医療機器等に関する情報を簡潔にまとめることを目的とした。

B. 研究方法

まず、厚生労働省のホームページ等から、歯科領域の先進医療に関する情報（技術の概要、当該技術を実施可能とする医療機関の要件一覧、および先進医療を実施している医療機関の一覧等）を収集した。また、当該技術を実施するために必要となる特殊な医療機器等に関する情報を関連書籍等の情報を元にまとめた。

（倫理面への配慮）

本研究では、我が国において、すでに官公庁などで公表されている既存のデータを

収集して分析を行うので、倫理上の問題はない。

C. 研究結果

1. 先進医療の位置づけ

健康保険法の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）によって、平成18年10月1日より特定療養費制度が見直しされ、1）保険給付の対象とすべきものであるか否かについて適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な「評価療養」（表1）と、2）特別の病室の提供など被保険者の選定に係る「選定療養」（表2）とに再編成された。

表1. 評価療養	
・ 先進医療(高度医療を含む)	
・ 医薬品の治験に係る診療	
・ 医療機器の治験に係る診療	
・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用	
・ 薬事法承認後で保険収載前の医療機器の使用	
・ 適応外の医薬品の使用	
・ 適応外の医療機器の使用	
表2. 選定療養	
・ 特別の療養環境(差額ベッド)	
・ 歯科の金合金等	
・ 金属床総義歯	
・ 予約診療	
・ 時間外診療	
・ 大病院の初診	
・ 小児う触の指導管理	
・ 大病院の再診	
・ 180日以上入院	
・ 制限回数を超える医療行為	

先進医療は「厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養」として、厚生労働大臣が定める「評価療養」のひとつに含まれており、実施保険医療機関から定期的に報告を求めるとされている²⁾。なお、歯科領域からもイ

ンプラント義歯や顎顔面補綴など、先進医療に該当する医療技術が挙げられている（後述）。

2. 先進医療の実実施施設

先進医療については、平成16年12月の厚生労働大臣と内閣府特命担当大臣（規制改革、産業再生機構）、行政改革担当、構造改革特区・地域再生担当との基本的合意に基づき、国民の安全性を確保し、患者負担の増大を防止するといった観点から踏まえつつ、国民の選択肢を広げ、利便性を向上するという観点から、未だ保険診療の対象に至らない先進的な医療技術について、安全性、有効性等を確保するために一定の施設基準を設定し、施設基準に該当する保険医療機関の届出により保険診療との併用を認めることとしている²⁾。

歯科領域の先進医療では、医療技術の内容により、実施施設の数に大きな差がある。たとえば、平成23年12月1日現在において、インプラント義歯は56施設で実施されているが、有床義歯補綴治療における総合的咬合・咀嚼機能検査は1施設で実施されているに過ぎない。

3. 先進医療に係る費用の患者負担

最新の医療技術は、主に大学病院や研究機関などを中心に開発されることが多い。開発されたばかりの最新の医療技術は保険給付が認められていないため、最新の医療技術を用いた治療を希望する患者は、医療費の全額を自己負担しなければならない。しかし、先進医療として認められている医療技術については、例外的に保険診療と保険外診療の混合診療が認められている。

先進医療に係る費用の患者負担についてのルールは、以下のようになっている。

- 1) 「先進医療に係る費用」は、患者が全額自己負担する。この「先進医療に係る費用」は、医療の種類や病院によって異なる。
- 2) 「先進医療に係る費用」以外の、通常の治療と共通する部分（診察・検査・投薬・入院料等）の費用は、一般の保険診療と同様に扱われる。つまり、一般保険診療と共通する部分は保険給付されるため、各健康保険制度における一部負担金を支払う。

以上のように、患者の治療費の一部を保険給付でまかなうため、患者が自己負担する医療費が軽減されて治療法の選択肢が広がり、患者にとってのメリットも大きいと考えられている。

4. 患者が先進医療を受けるときの手続き

患者が先進医療を受けたい場合、病院にかかる時の手続きは一般の保険診療の場合と同じで、被保険者証（老人医療対象者は健康手帳も）を窓口に提出する。先進医療は、一般的な保険診療を受けるなかで患者が希望し、医師がその必要性と合理性を認めた場合に行われる。

なお、評価療養、選定療養に係る医療機関の対応として、以下の取り扱いが定められており、先進医療も同様に扱われる。

- 1) 医療機関における掲示：この制度を取扱う医療機関は、院内の患者の見やすい場所に、評価療養又は選定療養の内容と費用等について掲示をし、

患者が選択しやすいようにすること。

- 2) 患者の同意：医療機関は、事前に治療内容や負担金額等を患者に説明をし、同意を得ること。

- 3) 領収書の発行：評価療養又は選定療養を受けた際の各費用については、領収書を発行すること。この領収書は、患者が税金の医療費控除を受ける場合に必要となる。

5. 歯科領域の先進医療

先進医療は、「第2項先進医療」と「第3項先進医療（高度医療）」に分類され、平成23年12月1日現在でそれぞれ95件、35件が該当している³⁾（本稿末の資料1）。「第2項先進医療」とは、薬事法上の未承認又は適応外使用である医薬品又は医療機器の使用を伴わず、未だ保険診療の対象に至らない先進的な医療技術、「第3項先進医療（高度医療）」とは、薬事法上の未承認又は適応外使用である医薬品又は医療機器の使用を伴い、薬事法による申請等につながる科学的評価が可能なデータ収集の迅速化を図ることを目的とした、先進的な医療技術のことである。

歯科に関する先進医療は、平成23年12月1日現在、第2項先進医療に含まれている「インプラント義歯」、「顎顔面補綴」、「光学印象採得による陶材歯冠修復法」、「X線CT画像診断に基づく手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術」、「歯周外科治療におけるバイオ・リジェネレーション法」、「歯科用CAD・CAMシステムを用いたハイブリッドレジンによる歯冠補綴」、「有床義歯補綴治療における総合的咬合・咀嚼機能検査」の7種がある。

各先進医療には、施設基準の通則として、

イ 保険医療機関において、当該療養を実施すること。

ロ 当該療養を主として実施する医師又は歯科医師は、当該療養を実施する診療科において、常勤の医師又は歯科医師であること。

の2つが定められており、さらに先進医療ごとの「施設基準」³⁾が別に定められている。歯科関連の先進医療における「対象となる負傷、疾病又はそれらの症状」、「施設基準」、「当該技術を実施可能とする医療機関」⁴⁾等をまとめたものを本稿末の資料2に示す。さらに、各先進医療を実施するために必要となる、特殊な医療機器等の例を本稿末の資料3に示す。

6. 先進医療の実績報告

先進医療の実績については、先進医療専門家会議において報告されている⁵⁾。平成24年2月20日現在における最新の実績報告は、平成24年1月19日に行われた第62回先進医療専門家会議の資料先-2⁶⁾で報告されたものである。歯科領域の先進医療の実績を抜粋したものを本稿末の資料4に示す。これらの結果を見ると、歯科領域の先進医療では「インプラント義歯」(235件)、「歯周外科治療におけるバイオ・リジェネレーション法」(224件)の年間実施件数が比較的多く、先進医療への適用が比較的新しい「歯科用CAD・CAMシステムを用いたハイブリッドレジンによる歯冠補綴」(2件)、「有床義歯補綴治療における総合的咬合・咀嚼機能検査」(4件)は少なくなっている。

また、先進医療にかかる金額について、歯科領域の先進医療の総合計(円)が第2

項先進医療の総合計(円)にしめる割合は1.3%、先進医療総額(円)では1.7%にすぎない。同様に、歯科領域の先進医療1件あたりの平均合計金額(円)を第2項先進医療1件あたり(平均)の合計金額(円)と比較すると33.7%、1件あたり(平均)の平均先進医療金額(円)では45.0%と低くなっている。また、第2項先進医療全体に比べて、歯科領域の先進医療は患者の自己負担割合が高い傾向にある。

D. 考察

先進医療は「厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養」とされており、将来的に歯科領域の保険診療に導入される可能性があるものである。歯科領域の先進医療においても、平成二十年度診療報酬改定で、「歯周組織再生誘導手術」、「接着ブリッジによる欠損補綴」、「レーザー応用による齶蝕除去(無痛的窩洞形成加算)」が保険導入された実績がある⁷⁾。

今年度も既存の先進医療の保険導入が先進医療専門家会議で検討され、平成24年1月27日に行われた中央社会保険医療協議会で報告されている⁸⁾。歯科領域の先進医療に関する検討結果では、有効性、効率性等に鑑みて「インプラント義歯」が優先的に保険導入することが適切であると評価された。一方で「顎顔面補綴」、「光学印象採得による陶材歯冠修復法」が有効性、効率性等が十分に示されていないため、先進医療から削除する方向で検討することが適当

だと判断されている。

歯科領域における先進医療については、年間実施件数、先進医療総額や総合計などいずれにおいても第2項先進医療全体に占める割合が低く、1件あたりの先進医療金額も第2項先進医療の平均に比べて低い。それにもかかわらず、患者の自己負担割合は高い傾向にある。年間実施件数が少ないということは、本当に保険導入して広く普及させるべき医療技術なのかどうかを検討する必要があることを意味する。また、患者の自己負担割合が高いということは、先進医療として一部保険負担にするメリットが少ないということであるため、歯科関係者間で十分に討議しコンセンサスを得た上で先進医療の申請を行う必要があると考えられる。

保険導入後においても、平成二十年度診療報酬改定で保険導入された「歯周組織再生誘導手術」、「接着ブリッジによる欠損補綴」、「レーザー応用による齶蝕除去（無痛的窩洞形成加算）」は不採算で算定が進んでおらず、保険導入のメリットがなかったことが指摘されており⁷⁾、歯科領域における先進医療のあり方について早急な検討を行うべきと考えられる。

E. 結論

本研究では、歯科領域における保険診療に導入される可能性のある新しい歯科医療技術の概要について調査し、当該技術を実施するために必要となる特殊な医療機器等に関する情報を簡潔にまとめた。その結果、歯科領域における先進医療のあり方について、歯科関係者間で早急な検討を行うべきと考えられる。

F. 研究発表

未発表

G. 知的財産の出願・登録状況

なし

H. 参考文献

- 1) 先進医療の概要について
(最終アクセス 2011年12月30日)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryoy/index.html>
- 2) 「厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の制定等に伴う実施上の留意事項及び先進医療に係る届出等の取扱いについて」の一部改正について
(最終アクセス 2011年12月30日)
http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/06/t_p0628-1/dl/01.pdf
- 3) 当該技術を実施可能とする医療機関の要件一覧
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryoy/kikan01.html>
(最終アクセス 2011年12月30日)
- 4) 先進医療を実施している医療機関の一覧
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryoy/kikan02.html>
(最終アクセス 2011年12月30日)
- 5) 先進医療専門家会議
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000amvy.html#shingi3>
(最終アクセス 2012年2月20日)
- 6) 第62回 先進医療専門家会議
資料 先-2
平成23年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績報告について
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000020gmf-att/2r98520000020gr2.pdf>

(最終アクセス 2012年2月20日)

- 7) 参議院 歯科医療に係わる先進医療技術
の適正評価に関する質問主意書

[http://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/
kousei/syuisyo/171/syuh/s171243.htm](http://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/syuisyo/171/syuh/s171243.htm)

(最終アクセス 2012年2月20日)

- 8) 中央社会保険医療協議会 総会
(第218回) 資料 総-2-2

既存の先進医療に関する保険導入等に
ついて

[http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520
0002165j.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200002165j.pdf)

(最終アクセス 2012年2月20日)

資料 1. 第 2 項先進医療および第 3 項先進医療の一覧

平成 23 年 12 月 1 日 現在

【第 2 項先進医療】 ○は歯科に関連するもの

- 1 高周波切除器を用いた子宮腺筋症核出術
- 2 膝靭帯再建手術における画像支援ナビゲーション
- 3 凍結保存同種組織を用いた外科治療
- 4 インプラント義歯
- 5 顎顔面補綴
- 6 人工括約筋を用いた尿失禁手術
- 7 光学印象採得による陶材歯冠修復法
- 8 経皮的レーザー椎間板減圧術
- 9 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
- 10 悪性高熱症診断法（スキンドファイバー法）
- 11 CT ガイド下気管支鏡検査
- 12 先天性血液凝固異常症の遺伝子診断
- 13 筋強直性ジストロフィーの遺伝子診断
- 14 抗悪性腫瘍剤感受性検査（SDI 法）
- 15 三次元形状解析による体表の形態的診断
- 16 抗悪性腫瘍剤感受性検査（HDRA 法又は CD-DST 法）
- 17 陽子線治療
- 18 成長障害の遺伝子診断
- 19 経頸静脈肝内門脈大循環短絡術
- 20 骨髄細胞移植による血管新生療法
- 21 ミトコンドリア病の遺伝子診断
- 22 鏡視下肩峰下腔除圧術
- 23 神経変性疾患の遺伝子診断
- 24 難治性眼疾患に対する羊膜移植術
- 25 重粒子線治療
- 26 腫瘍脊椎骨全摘術
- 27 31 燐-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
- 28 神経芽腫の遺伝子検査
- 29 硬膜外腔内視鏡による難治性腰下肢痛の治療
- 30 重症 BCG 副反応症例における遺伝子診断
- 31 自家液体窒素処理骨移植

- 32 腹腔鏡補助下膵体尾部切除又は核出術
- 33 マントル細胞リンパ腫の遺伝子検査
- 34 抗悪性腫瘍剤治療における薬剤耐性遺伝子検査
- 35 Q熱診断における血清抗体価測定及び病原体遺伝子検査
- 36 エキシマレーザー冠動脈形成術
- 37 家族性アルツハイマー病の遺伝子診断
- 38 腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術
- 39 三次元再構築画像による股関節疾患の診断及び治療
- 40 泌尿生殖器腫瘍後腹膜リンパ節転移に対する腹腔鏡下リンパ節郭清術
- 41 H L A抗原不一致血縁ドナーからのC D 34 陽性造血幹細胞移植
- 42 ケラチン病の遺伝子診断
- 43 隆起性皮膚線維肉腫の遺伝子検査
- 44 末梢血幹細胞による血管再生治療
- 45 末梢血単核球移植による血管再生治療
- 46 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術
- 47 カラー蛍光観察システム下気管支鏡検査及び光線力学療法
- 48 先天性銅代謝異常症の遺伝子診断
- 49 超音波骨折治療法
- 50 C Y P 2 C 1 9 遺伝子多型検査に基づくテラーメイドのヘリコバクター・ピロリ除菌療法
- 51 非生体ドナーから採取された同種骨・靭帯組織の凍結保存
- 52 X線C T画像診断に基づく手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術
- 53 定量的C Tを用いた有限要素法による骨強度予測評価
- 54 色素性乾皮症の遺伝子診断
- 55 先天性高インスリン血症の遺伝子診断
- 56 歯周外科治療におけるバイオ・リジェネレーション法
- 57 セメント固定人工股関節再置換術におけるコンピュータ支援フルオロナビゲーションを用いたセメント除去術
- 58 腹腔鏡下直腸固定術
- 59 骨移動術による関節温存型再建
- 60 肝切除手術における画像支援ナビゲーション
- 61 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
- 62 自己腫瘍・組織を用いた活性化自己リンパ球移入療法
- 63 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
- 64 E B ウイルス感染症迅速診断（リアルタイムPCR法）
- 65 内視鏡下小切開泌尿器腫瘍手術

- 66 多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術
- 67 先天性難聴の遺伝子診断
- 68 フェニルケトン尿症の遺伝子診断
- 69 培養細胞によるライソゾーム病の診断
- 70 腹腔鏡下子宮体がん根治手術
- 71 培養細胞による脂肪酸代謝異常症又は有機酸代謝異常症の診断
- 72 R E T 遺伝子診断
- 73 角膜ジストロフィーの遺伝子解析
- 74 マイクロ波子宮内膜アブレーション
- 75 光トポグラフィー検査を用いたうつ症状の鑑別診断補助
- 76 内視鏡下筋膜下不全穿通枝切離術
- 77 歯科用CAD・CAMシステムを用いたハイブリッドレジンによる歯冠補綴
- 78 内視鏡的大腸粘膜下層剥離術
- 79 実物大臓器立体モデルによる手術支援
- 80 削除
- 81 単純疱疹ウイルス感染症又は水痘帯状疱疹ウイルス感染迅速診断（リアルタイムPCR法）
- 82 網膜芽細胞腫の遺伝子診断
- 83 胸腔鏡下動脈管開存症手術
- 84 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術
- 85 腹腔鏡下膀胱内手術
- 86 腹腔鏡下根治的膀胱全摘除術
- 87 I L 28 B の遺伝子診断によるインターフェロン治療効果の予測評価
- 88 根治的前立腺全摘除術における内視鏡下手術用ロボット支援
- 89 前眼部三次元画像解析
- 90 有床義歯補綴治療における総合的咬合・咀嚼機能検査
- 91 急性リンパ性白血球細胞の免疫遺伝子再構成を利用した定量的PCR法による骨髄微小残存病変（MRD）量の測定
- 92 最小侵襲椎体椎間板搔爬洗浄術
- 93 短腸症候群又は不可逆的な機能性小腸不全に対する脳死ドナーからの小腸移植
- 94 多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍の治療
- 95 短腸症候群又は不可逆的な機能性小腸不全に対する生体ドナーからの小腸部分移植
- 96 自家嗅粘膜移植による脊髄再生治療

【第3項先進医療】

- 1 頸部内視鏡手術 甲状腺濾胞腺腫、腺腫様甲状腺腫、バセドウ病又は原発性上皮小体機能亢進症
- 2 削除
- 3 化学療法に伴うカフェイン併用療法 悪性骨腫瘍又は悪性軟部腫瘍
- 4 胎児尿路・羊水腔シャント術 胎児閉塞性尿路疾患
- 5 筋過緊張に対する筋知覚神経ブロック治療 ジストニア、痙性麻痺その他の局所の筋過緊張を呈するもの
- 6 経皮的肺がんラジオ波焼灼療法 原発性又は転移性肺がん（切除が困難なものに限る。）
- 7 経皮的乳がんラジオ波焼灼療法 早期乳がん
- 8 経皮的腎がんラジオ波焼灼療法 原発性又は転移性腎がん（切除が困難なものに限る。）
- 9 内視鏡下甲状腺切除術 甲状腺乳頭癌
- 10 CT透視ガイド下経皮的骨腫瘍ラジオ波焼灼療法 転移性骨腫瘍（既存の治療法により制御不良なものに限る。）又は類骨腫（診断が確定したものに限る。）
- 11 削除
- 12 胎児胸腔・羊水腔シャントチューブ留置術 原発性胎児胸水又は肺分画症による続発性胎児胸水（胎児水腫又は羊水過多であって、胸腔穿刺後に速やかな胸水の再貯蓄が認められるもの（妊娠二十週以上三十四週未満のものに限る。））に限る。）
- 13 腹腔鏡下センチネルリンパ節生検 早期胃がん
- 14 副甲状腺内活性型ビタミンDアナログ直接注入療法 二次性副甲状腺機能亢進症（維持透析を行っているものに限る。）
- 15 ラジオ波焼灼システムを用いた腹腔鏡補助下肝切除術 原発性若しくは転移性肝がん又は肝良性腫瘍
- 16 根治的前立腺全摘除術における内視鏡下手術用ロボット支援 前立腺がん
- 17 内視鏡下手術用ロボットを用いた冠動脈バイパス手術（一箇所のみを吻合するものに限る。） 虚血性心疾患
- 18 パクリタキセル腹腔内投与及び静脈内投与並びにS-1内服併用療法 腹膜播種又は進行性胃がん（腹水細胞診又は腹腔洗浄細胞診により遊離がん細胞を認めるものに限る。）
- 19 経カテーテル大動脈弁留置術 重度大動脈弁狭窄症（弁尖の硬化変性に起因するものに限る。）
- 20 パクリタキセル静脈内投与（一週間に一回投与するものに限る。）及びカルボプラチン腹腔内投与（三週間に一回投与するものに限る。）の併用療法 上皮性卵巣がん、卵管がん又は原発性腹膜がん
- 21 パクリタキセル静脈内投与、カルボプラチン静脈内投与及びベバシズマブ静脈内投与の併用療法（これらを三週間に一回投与するものに限る。）並びにベバシズマブ静脈内投

- 与（三週間に一回投与するものに限る。）による維持療法 再発卵巣がん、卵管がん又は原発性腹膜がん
- 22 蛍光膀胱鏡を用いた5-アミノレブリン酸溶解液の経口投与又は経尿道投与による膀胱がんの光力学的診断 筋層非浸潤性膀胱がん
 - 23 十二種類の腫瘍抗原ペプチドによるテラーメイドのがんワクチン療法 ホルモン不応性再燃前立腺がん（ドセタキセルの投与が困難な者であって、HLA-A24 が陽性であるものに限る。）
 - 24 パクリタキセル腹腔内反復投与療法 胃切除後の進行性胃がん（腹膜に転移しているもの、腹腔洗浄細胞診が陽性であるもの又はステージ II 若しくは III であって肉眼型分類が3型（長径が八センチメートル以上のものに限る。）若しくは4型であるものに限る。）
 - 25 生体内吸収性高分子担体を用いた塩基性線維芽細胞増殖因子による血管新生療法 慢性閉塞性動脈硬化症又はバージャー病（いずれも従来の治療法による治療が困難なものに限る。）
 - 26 経胎盤的抗不整脈薬投与療法 胎児頻脈性不整脈（胎児の心拍数が毎分百八十以上で持続する心房粗動又は上室性頻拍に限る。）
 - 27 低出力体外衝撃波治療法 虚血性心疾患（薬物療法に対して抵抗性を有するものであって、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術による治療が困難なものに限る。）
 - 28 残存聴力活用型人工内耳挿入術 両側性感音難聴（高音障害急墜型又は高音障害漸傾型の聴力像を呈するものに限る。）
 - 29 脂肪萎縮症に対するレプチン補充療法 脂肪萎縮症
 - 30 重症低血糖発作を伴うインスリン依存性糖尿病に対する心停止ドナーからの膵島移植 重症低血糖発作を伴うインスリン依存性糖尿病
 - 31 転移性又は再発の腎細胞がんに対するピロリン酸モノエステル誘導 γ δ 型T細胞及び含窒素ビスホスホン酸を用いた免疫療法 サイトカイン不応性の転移性又は再発の腎細胞がん
 - 32 神経症状を呈する脳放射線壊死に対する核医学診断及びベバシズマブ静脈内投与療法 神経症状を呈する脳放射線壊死（脳腫瘍又は隣接する組織の腫瘍に対する放射線治療後のものに限る。）
 - 33 術後のホルモン療法及びS-1内服投与の併用療法 原発性乳がん（エストロゲン受容体が陽性であって、HER2が陰性のものに限る。）
 - 34 血液透析併用バルーン塞栓動脈内抗がん剤投与及び放射線治療の併用療法 局所浸潤性膀胱がん（尿路上皮がんを組織型とするものであって、従来の治療法による治療が困難なものに限る。）
 - 35 急性心筋梗塞に対するエポエチンベータ投与療法 急性心筋梗塞（再灌流療法の成功したものに限る。）

- 36 ボルテゾミブ静脈内投与、メルフェラン経口投与及びデキサメタゾン経口投与の併用療法 原発性ALアミロイドーシス
- 37 培養骨髄細胞移植による骨延長術 骨系統疾患（低身長又は下肢長不等である者に係るものに限る。）