

◆手術給付金のお支払対象となる先進医療の一覧（平成 29 年 12 月 1 日現在）

先進医療技術名
<p>高周波切除器を用いた子宮筋腫核出術 ※適応症：子宮筋腫</p>
<p>腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術 ※適応症：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。）</p>
<p>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 ※適応症：泌尿生殖器腫瘍（リンパ節転移の場合及び画像によりリンパ節転移が疑われる場合に限る。）</p>
<p>多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術 ※適応症：白内障</p>
<p>最小侵襲椎体椎間板搔爬洗浄術 ※適応症：脊椎感染症</p>
<p>内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術 ※適応症：甲状腺がん（未分化がんを除き、甲状腺皮膜浸潤及び明らかなリンパ節腫大を伴わないものに限る。）</p>
<p>腹腔鏡下広汎子宮全摘術 ※適応症：子宮頸がん（ステージがⅠA2期、ⅠB1期又はⅡA1期の患者に係るものに限る。）</p>
<p>腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術 ※適応症：子宮体がん（ステージがⅠA期であってグレード3若しくは特殊型（漿液性腺がん、明細胞腺がん、がん肉腫等）のもの又はステージがⅠB期若しくはⅡ期と疑われるものに限る。）</p>
<p>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脳死ドナー又は心停止ドナーからの膵島移植 ※適応症：重症低血糖発作を伴うインスリン依存性糖尿病</p>
<p>経皮的乳がんラジオ波焼灼療法 ※適応症：早期乳がん（長径が一・五センチメートル以下のものに限る。）</p>

先進医療技術名
<p>コラーゲン半月板補填材を用いた半月板修復療法 ※適応症：半月板損傷（関節鏡検査により半月板の欠損を有すると診断された患者に係るものに限る。）</p>
<p>自己心膜及び弁形成リングを用いた僧帽弁置換術 ※適応症：僧帽弁閉鎖不全症（感染性心内膜炎により僧帽弁両尖が破壊されているもの又は僧帽弁形成術を実施した日から起算して六ヶ月以上経過した患者（再手術の適応が認められる患者に限る。）に係るものに限る。）</p>
<p>骨髄由来間葉系細胞による顎骨再生療法 ※適応症：腫瘍、顎骨骨髓炎、外傷等の疾患による広範囲の顎骨又は歯槽骨欠損（上顎にあつては連続した三分の一程度以上の顎骨欠損又は上顎洞若しくは鼻腔への交通が認められる顎骨欠損に限り、下顎にあつては連続した三分の一程度以上の歯槽骨欠損又は下顎区域切除以上の顎骨欠損に限り、歯槽骨欠損にあつては歯周疾患及び加齢による骨吸収を除く。）</p>
<p>ハイパードライヒト乾燥羊膜を用いた外科的再建術 ※適応症：再発翼状片（増殖組織が角膜輪部を超えるものに限る。）</p>
<p>内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下広汎子宮全摘術 ※適応症：子宮頸がん（FIGOによる臨床進行期分類がⅠB期以上及びⅠIB期以下の扁平上皮がん又はFIGOによる臨床進行期分類がⅠA2期以上及びⅠIB期以下の腺がんであつて、リンパ節転移及び腹腔内臓器に転移していないものに限る。）</p>
<p>自家嗅粘膜移植による脊髄再生治療 ※適応症：胸髄損傷（損傷後十二月以上経過してもなお下肢が完全な運動麻痺（米国脊髄損傷教会によるAISがAである患者に係るものに限る。）を呈するものに限る。）</p>

◆放射線治療給付金のお支払対象となる先進医療の一覧（平成 29 年 12 月 1 日現在）

先進医療技術名	先進医療技術名
陽子線治療 ※適応症：頭頸部腫瘍（脳腫瘍を含む。）、肺・縦隔腫瘍、骨軟部腫瘍、消化管腫瘍、肝胆膵腫瘍、泌尿器腫瘍、乳腺・婦人科腫瘍又は転移性腫瘍（いずれも根治的な治療法が可能なものに限る。）、肝細胞がん（初発のものであって、肝切除術、肝移植術、エタノールの局所注入、マイクロ波凝固法又はラジオ波焼灼療法による治療が困難であり、かつChild—Pugh分類による点数が七点未満のものに限る。）、肝内胆管がん（切除が不能と判断されたものであって、化学療法が奏効しないもの又は化学療法の実施が困難なものに限る。）、根治切除が可能な肝細胞がん（初発のものであり、単独で発生したものであって、その長径が三センチメートルを超え、かつ、十二センチメートル未満のものに限る。）、前立腺がん（遠隔転移しておらず、NCCN分類で中リスク群と診断されるものに限る。）	重粒子線治療 ※適応症：頭頸部腫瘍、肺・縦隔腫瘍、消化管腫瘍、肝胆膵腫瘍、泌尿器腫瘍、乳腺・婦人科腫瘍又は転移性腫瘍（いずれも根治的な治療法が可能なものに限る。）、肝細胞がん（初発のものであって、肝切除術、肝移植術、エタノールの局所注入、マイクロ波凝固法又はラジオ波焼灼療法による治療が困難であり、かつChild—Pugh分類による点数が七点未満のものに限る。）、非小細胞肺癌（ステージがⅠ期であって、肺の末梢に位置するものであり、かつ肺切除術が困難なものに限る。）、前立腺がん（遠隔転移しておらず、D'Amico分類で高リスク群と診断されるものに限る。）
131I-MIBG を用いた内照射療法 ※適応症：難治性褐色細胞腫（パラガングリオーマを含む。）、神経芽腫（COGリスク分類又はINRG治療前分類で高リスク群と診断されるものであって、化学療法及び造血幹細胞移植が行われる予定のものに限る。）	ゲムシタピン静脈内投与及び重粒子線治療の併用療法 ※適応症：膀胱がん（遠隔転移しておらず、かつ、TNM分類がT4のものに限る。）

(注1) 「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」「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」「術前のTS-1内服投与、パクリタキセル静脈内及び腹腔内投与並びに術後のパクリタキセル静脈内及び腹腔内投与の併用療法」「mFOLFOX6及びパクリタキセル腹腔内投与の併用療法」「ゲムシタピン静脈内投与、ナブ—パクリタキセル静脈内投与及びパクリタキセル腹腔内投与の併用療法」「術後のカペシタピン内服投与及びオキサリプラチン静脈内投与の併用療法」「S—1内服投与並びにパクリタキセル静脈内及び腹腔内投与の併用療法」「S—1内服投与、シスプラチン静脈内投与及びパクリタキセル腹腔内投与の併用療法」について

当先進医療は、薬剤の投与を行う診療行為であり、薬剤投与自体は手術ではありませんので、手術給付金のお支払対象とはなりません。ただし、薬剤投与のために行う「ポート留置」につきましては、手術給付金のお支払対象となります。

(注2) 「放射線照射前に大量メトトレキサート療法を行った後のテモゾロミド内服投与及び放射線治療の併用療法並びにテモゾロミド内服投与の維持療法」について

当先進医療は、テモダールと呼ばれる薬剤の投与を行う診療行為です。当先進医療における薬剤投与自体は手術ではありませんので、手術給付金のお支払対象とはなりません。ただし、併せて行われる「放射線治療」につきましては、放射線治療給付金のお支払対象となります。

◇手術給付金・放射線治療給付金のお支払対象となる先進医療とは、平成 25 年 6 月 1 日以降、手術または放射線治療を受けた時点までの間において、平成 18 年 9 月 12 日厚生労働省告示第 495 号「厚生労働大臣の定める評価療養および選定療養」の規定に基づき、厚生労働大臣が定める先進医療（先進医療ごとに厚生労働大臣が定める施設基準に適合しない病院または診療所において行われるものも先進医療とみなして取り扱います。）をいいます。

◇当資料に表示している技術は、平成 29 年 12 月 1 日現在の「厚生労働大臣が定める先進医療」のうち、朝日生命の「無配当医療保険（返戻金なし型）S」「無配当新医療保険（返戻金なし型）S」「無配当新医療保険（返戻金なし型）（2017）S」「無配当引受基準緩和型医療保険（返戻金なし型）S」の「手術給付金・放射線治療給付金のお支払対象となる先進医療」です。

◇厚生労働大臣が定める先進医療は、随時見直されますので、詳細は[厚生労働省のホームページ](#)でご確認ください。

◇診断、測定、試験、解析、評価および検索を目的とした診療行為ならびに注射、点滴、薬剤投与などは、それ自体は手術または放射線治療ではありませんので、手術給付金および放射線治療給付金のお支払対象とはなりません。

ご契約の際には、『ご契約のしおり—約款』を必ずご覧ください。また、特に重要な事項については、『商品パンフレット』『契約概要』『注意喚起情報』もあわせてご確認ください。

[引受保険会社]

[募集代理店]

 **朝日生命保険相互会社**

本社 / 〒100-8103 東京都千代田区大手町2-6-1

ホームページアドレス / <http://www.asahi-life.co.jp>

☎ **0120-360-567**

受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00

土曜日 9:00～12:00、13:00～17:00

(12月31日、1月1日～3日、祝日、振替休日を除く)

朝日 B-29-204 (29.12.25)