

様式第9号

先進医療を実施可能とする保険医療機関の要件として考えられるもの

先進医療名及び適応症：自己脂肪組織由来多系統前駆細胞を用いた歯周組織再生療法	
適応症：既存の歯周組織再生療法の適応にならない重度歯周病	
<b>・実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (口腔治療・歯周科もしくは歯内療法科またはそれに相当する科)・不要
資格	要 ( )・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	要 ( ) 年以上・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
当該技術の経験症例数 注1)	実施者〔術者〕として ( ) 例以上・ <input checked="" 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)	歯周外科処置の経験症例数 10 例以上
<b>・医療機関の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (口腔治療・歯周科もしくは歯内療法科またはそれに相当する科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 具体的内容：歯周外科処置の経験症例数 5 例以上の歯科医師 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：
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"/> ( 薬剤師 )・不要
病床数	要 ( 床以上)・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
看護配置	要 ( 対1看護以上)・ <input checked="" 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"/> 不要
倫理委員会による審査体制	審査開催の条件：非該当
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	要 ( 症例以上)・ <input checked="" 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)	
<b>・その他の要件</b>	
頻回の実績報告	要 ( 月間又は 症例までは、毎月報告)・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
その他(上記以外の要件)	

注1) 当該技術の経験症例数について、実施者〔術者〕としての経験症例を求める場合には、「実施者〔術

者]として ( )例以上・不要」の欄を記載すること。

注2) 医師の資格(学会専門医等)、経験年数、当該技術の経験年数及び当該技術の経験症例数の観点を含む。例えば、「経験年数 年以上の 科医師が 名以上」。なお、医師には歯科医師も含まれる。