

当該技術の実施医療機関の要件（基本14）

| | |
|--|--|
| 高度先進医療名：レーザー応用による齶蝕除去・スケーリングの無痛療法(103) | |
| 適応症：齶蝕症及び歯周疾患等による歯石沈着症 | |
| I. 実施責任医師の要件 | |
| 診療科 | 歯科 |
| 資格 | 学会専門医又は学会認定医 |
| 当該診療科の経験年数 | 5年以上 |
| 当該技術の経験年数 | 5年以上 |
| 当該技術の経験症例数 | 5例以上 |
| その他 | |
| II. 医療機関の要件 | |
| 実施診療科の医師数 注2) | 当該診療科の経験年数3年以上で、当該技術の経験を5年以上有する歯周病学会専門医が3名以上 |
| 他診療科の医師数 注2) | 不要 |
| 看護配置 | 不要 |
| その他医療従事者の配置 (薬剤師、臨床工学技士等) | 不要 |
| 病床数 | 不要 |
| 診療科 | 要(実施診療科) |
| 当直体制 | 不要 |
| 緊急手術の実施体制 | 不要 |
| 院内検査(24時間実施体制) | 不要 |
| 他の医療機関との連携体制 (患者容態急変時等) | 不要 |
| 医療機器の保守管理体制 | 不要 |
| 倫理委員会による審査体制 | 不要 |
| 医療安全管理委員会の設置 | 不要 |
| 医療機関としての当該技術の実施症例数 | 要(10症例以上) |
| その他 | |
| III. その他の要件 | |
| 頻回の実績報告等 | 要 (10例に達するまでは、少なくとも2か月毎の報告) |
| その他 | |

注1) 当該医療技術を適切に実施するに当たり、必要と考えられる医療機関の要件を記載して下さい。

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、「経験年数〇年以上の医師が△名以上」。なお、医師には歯科医師も含まれる。

当該技術の実施医療機関の要件（基本14）

| | |
|---|---|
| 高度先進医療名：顎関節鏡視下レーザー手術併用による円板縫合固定術(108) | |
| 適応症：顎関節脱臼、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症例 | |
| I. 実施責任医師の要件 | |
| 診療科 | 歯科、歯科口腔外科 等 |
| 資格 | 学会専門医又は学会認定医 |
| 当該診療科の経験年数 | 5年以上 |
| 当該技術の経験年数 | 5年以上 |
| 当該技術の経験症例数 | 5例以上 |
| その他 | |
| II. 医療機関の要件 | |
| 実施診療科の医師数 注2) | 当該診療科の経験年数3年以上で、当該技術の経験を5年以上有する歯科放射線学、口腔外科学等の関連学会の専門医又は認定医が3名以上 |
| 他診療科の医師数 注2) | 麻酔標榜医非常勤1名以上 |
| 看護配置 | 入院基本料3以上 |
| その他医療従事者の配置 (薬剤師、臨床工学技士等) | 不要 |
| 病床数 | 不要 |
| 診療科 | 要(実施診療科、麻酔科) |
| 当直体制 | 要 |
| 緊急手術の実施体制 | 不要 |
| 院内検査(24時間実施体制) | 要 |
| 他の医療機関との連携体制 (患者容態急変時等) | 不要 |
| 医療機器の保守管理体制 | 要 |
| 倫理委員会による審査体制 | 不要 |
| 医療安全管理委員会の設置 | 不要 |
| 医療機関としての当該技術の実施症例数 | 要(10症例以上) |
| その他 | |
| III. その他の要件 | |
| 頻回の実績報告等 | 要 (10例に達するまでは、少なくとも6か月毎の報告) |
| その他 | |

注1) 当該医療技術を適切に実施するに当たり、必要と考えられる医療機関の要件を記載して下さい。

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、「経験年数〇年以上の医師が△名以上」。なお、医師には歯科医師も含まれる。

当該技術の実施医療機関の要件（基本14）

| | |
|------------------------------|---|
| 高度先進医療名：顎関節脱臼内視鏡下手術(114) | |
| 適応症：習慣性顎関節脱臼 | |
| I. 実施責任医師の要件 | |
| 診療科 | 歯科口腔外科 |
| 資格 | 学会専門医又は学会認定医 |
| 当該診療科の経験年数 | 5年以上 |
| 当該技術の経験年数 | 5年以上 |
| 当該技術の経験症例数 | 5例以上 |
| その他 | |
| II. 医療機関の要件 | |
| 実施診療科の医師数 注2) | 当該診療科の経験年数3年以上で、当該技術の経験を5年以上有する歯科放射線学、口腔外科学会専門学会専門医等が3名以上 |
| 他診療科の医師数 注2) | 麻酔標榜医非常勤1名以上 |
| 看護配置 | 入院基本料3以上 |
| その他医療従事者の配置 (薬剤師、臨床工学技士等) | 不要 |
| 病床数 | 1以上 |
| 診療科 | 要(実施診療科、麻酔科) |
| 当直体制 | 要 |
| 緊急手術の実施体制 | 不要 |
| 院内検査(24時間実施体制) | 不要 |
| 他の医療機関との連携体制 (患者容態急変時等) | 不要 |
| 医療機器の保守管理体制 | 不要 |
| 倫理委員会による審査体制 | 不要 |
| 医療安全管理委員会の設置 | 不要 |
| 医療機関としての当該技術の実施症例数 | 要(10症例以上) |
| その他 | 学会認定施設等 |
| III. その他の要件 | |
| 頻回の実績報告等 | 要 (10例に達するまでは、少なくとも6か月毎の報告) |
| その他 | |

注1) 当該医療技術を適切に実施するに当たり、必要と考えられる医療機関の要件を記載して下さい。

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、「経験年数〇年以上の医師が△名以上」。なお、医師には歯科医師も含まれる。

当該技術の実施医療機関の要件（基本14）

| | |
|---|--|
| 高度先進医療名：耳鼻咽喉科領域の機能障害を伴った顎関節症に対する中耳電音系を指標とした顎位決定法(140) | |
| 適応症：耳鼻咽喉領域の機能障害を伴った顎関節症 | |
| I. 実施責任医師の要件 | |
| 診療科 | 歯科、歯科口腔外科、耳鼻咽喉科 等 |
| 資格 | 学会専門医又は学会認定医 |
| 当該診療科の経験年数 | 5年以上 |
| 当該技術の経験年数 | 5年以上 |
| 当該技術の経験症例数 | 10例以上 |
| その他 | |
| II. 医療機関の要件 | |
| 実施診療科の医師数 注2) | 当該診療科の経験年数5年以上で、当該技術の経験を5年以上有する耳鼻咽喉科学、歯科補綴学、歯科口腔外科学等の専門学会の専門医又は認定医を有する常勤の医師又は歯科医師2名以上 |
| 他診療科の医師数 注2) | 耳鼻咽喉科医師1名以上（耳鼻咽喉科専門医が望ましい。） ：200症例以上の他覚的聴覚検査(聴性脳幹反応検査(ABR)、耳音響反射検査(OAEs))実施の経験を有すること。 |
| 看護配置 | 入院基本料3以上 |
| その他医療従事者の配置 (薬剤師、臨床工学技士等) | 不要 |
| 病床数 | 不要 |
| 診療科 | 要（歯科、歯科口腔外科、耳鼻咽喉科） |
| 当直体制 | 不要 |
| 緊急手術の実施体制 | 不要 |
| 院内検査（24時間実施体制） | 不要 |
| 他の医療機関との連携体制 (患者容態急変時等) | 不要 |
| 医療機器の保守管理体制 | 要 |
| 倫理委員会による審査体制 | 不要 |
| 医療安全管理委員会の設置 | 要 |
| 医療機関としての当該技術の実施症例数 | 要（10症例以上） |
| その他 | 日本耳鼻咽喉科学会専門医研修施設であることが望ましい。 |
| III. その他の要件 | |
| 頻回の実績報告等 | 要（10例まで又は6か月間は、月毎の報告） |
| その他 | |

注1) 当該医療技術を適切に実施するに当たり、必要と考えられる医療機関の要件を記載して下さい。

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、「経験年数〇年以上の医師が△名以上」。なお、医師には歯科医師も含まれる。