

外傷・先天異常に対する乳房再建，ならびに乳房増大を目的とした ゲル充填人工乳房および皮膚拡張器に関する使用要件基準に関するお知らせ ～2017年第2回乳房増大用エキスパンダー/インプラント講習会のご案内～

2017年7月

一般社団法人 日本形成外科学会

理事長 中塚 貴志

一般社団法人 日本美容外科学会 (JSAPS)

理事長 佐藤 兼重

外傷・熱傷・先天異常など種々の原因による乳房変形の改善を目的とした乳房再建術，および豊胸を目的とした乳房増大術において，近年世界的には皮膚拡張器（ティッシュエキスパンダー）やゲル充填人工乳房（ブレストインプラント）の使用が一般化しています。わが国においても，これら乳房再建を目的としたブレストインプラントおよびティッシュエキスパンダーに関して，2012年9月28日に新医療機器として導入されることが厚生労働省により承認されました。また，2013年7月に保険適用となりました。

本医療機器導入にあたり，安全に使用する目的で，使用要件等の基準作成が関連学会に課せられました。そこで，日本形成外科学会が中心となり，日本美容外科学会（JSAPS）の承認を得て「外傷・先天異常に対する乳房再建，ならびに乳房増大を目的としたゲル充填人工乳房および皮膚拡張器に関する使用要件基準」を作成しました。

この基準は，日本形成外科学会ブレストインプラントガイドライン管理委員会および厚労省・PMDAでの検討・承認，および関連学会理事会での承認をうけ完成しました。

本基準は適応基準，医師基準，施設基準，症例登録から成り立っており，実施医師は日本形成外科学会が主催・認定する講習会を受講する必要があります。

興味のある方はふるってお申込みいただきますよう，よろしく願い申し上げます。

～2017年第2回乳房増大用エキスパンダー/インプラント講習会～

標記講習会を第40回日本美容外科学会総会の期間中に下記の要領で開催いたしますので，ご案内申し上げます。本講習会は，乳房増大用ティッシュエキスパンダーおよびブレストインプラント使用の手術において，実施医師としての登録を行うための必須条件となる講習会です。少なくとも3年に1度の受講が条件となります。多数のご参加をお待ちしております。

- ◆日 時：2017年9月29日（金）17：30～19：00
時間は予定です。若干前後する可能性もございます。
- ◆会場：京王プラザホテル札幌 3F 扇の間
〒606-8343 北海道札幌市中央区北5条西7丁目2-1
TEL：011-271-0111

- ◆プログラム：1. 使用要件基準（ガイドライン）の概略 大阪大学 形成外科 矢野 健二 先生
2. 製品紹介およびインフォームドコンセントについて アラガン・ジャパン株式会社 担当者
3. 外傷・先天異常に対する乳房再建術と BIA-ALCL の概略 埼玉医科大学総合医療センター 形成外科・美容外科 三鍋 俊春 先生
4. 乳房増大術 メガクリニック 高柳 進 先生
5. Q & A
- ◆定員：定員制（100名程度の定員を予定。定員になり次第締め切ります）
- ◆受講料：日本形成外科学会会員 5,000円
同 非会員 15,000円
- ◆申込方法：1. 申込用紙に必要事項をご記入の上、受講料を添えて現金書留でお申し込み下さい。
1通の現金書留で複数人分をお申し込みいただいてもかまいませんが、申込用紙は1名につき1枚を使用して下さい。
講習会当日は受講料を取り扱いたしません。また、一度前納された受講料は返却いたしませんので、あらかじめご了承下さい。
2. 定員になり次第締め切りますが、定員に満たなくとも受講証発行準備のため、受講申し込みの締切は **8月18日（金）の消印**までといたします。締切を超過したものは受け付けいたしませんので、お早めにお申し込み下さい。
講習会当日はお申し込みの受け付けをいたしません。
※参加章の発送は9月初旬以降を予定しております。
- ◆受講証：完全受講者のみに受講証明書が発行されます。
遅刻・早退者には発行いたしませんので、ご注意ください。
- ◆申込先：〒169-0072 東京都新宿区大久保2-4-12 新宿ラムダックスビル9F
一般社団法人 日本形成外科学会
2017年第2回乳房増大用エキスパンダー/インプラント講習会 宛
TEL：03-5287-6773 FAX：03-5291-2176

.....(きりとり線).....

日本形成外科学会 2017年第2回 乳房増大用エキスパンダー/インプラント講習会 申込用紙 <2017年9月29日（金）京王プラザホテル札幌 3F 扇の間 17:30~19:00（予定）>	
フリガナ	
氏名	どちらかに○をつけて下さい。 ・会員 (013- -) <small>※会員番号を必ず記入して下さい</small> ・非会員
所属名	
診療科	
参加証送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属 （どちらかにチェックを必ず記載して下さい） 〒
TEL：	FAX：