

先進医療評価用紙(第2号)

当該技術の医療機関の要件(案)

先進医療名(案): 網膜芽細胞腫の遺伝子診断(網膜芽細胞腫の患者又は遺伝性網膜芽細胞腫の患者の血縁者に係るものに限る。)	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input type="checkbox"/> (眼科)・不要
資格	<input type="checkbox"/> (眼科専門医又は臨床遺伝専門医)・不要
当該診療科の経験年数	<input type="checkbox"/> (5)年以上・不要
当該技術の経験年数	<input type="checkbox"/> (1)年以上・不要
当該技術の経験症例数	実施者[術者]として (1)例以上・不要 [それに加え、助手又は術者として ()例以上・ <input type="checkbox"/>
その他(上記以外の要件)	
II. 医療機関の要件	
診療科	<input type="checkbox"/> (眼科及び小児科)・不要
実施診療科の医師数	<input type="checkbox"/> ・不要 具体的内容: 常勤医師1名以上。
他診療科の医師数	要・ <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> (臨床検査技師)・不要
病床数	要 (床以上)・ <input type="checkbox"/>
看護配置	要 (対1看護以上)・ <input type="checkbox"/>
当直体制	要 ()・ <input type="checkbox"/>
緊急手術の実施体制	要・ <input type="checkbox"/>
院内検査(24時間実施体制)	要・ <input type="checkbox"/>
他の医療機関との連携体制 (患者容態急変時等)	要・ <input type="checkbox"/> 連携の具体的内容:
医療機器の保守管理体制	<input type="checkbox"/> ・不要
倫理委員会による審査体制	<input type="checkbox"/> ・不要 審査開催の条件: 届出後当該療養を初めて実施するときは、必ず事前に開催すること。
医療安全管理委員会の設置	<input type="checkbox"/> ・不要
医療機関としての当該技術の実施症例数	<input type="checkbox"/> (1 症例以上)・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・遺伝カウンセリングの実施体制を有していること。 ・臨床遺伝専門医が配置されていること。 ・特定非営利活動法人日本臨床検査標準協議会が平成21年2月に作成した遺伝子関連検査検体品質管理マニュアルに従って検体の品質管理が行われていること。
III. その他の要件	
頻回の実績報告	<input type="checkbox"/> (12ヶ月間までは、毎月報告)・不要
その他(上記以外の要件)	

先進医療専門家会議における第2項先進医療の 新規共同実施に係る科学的評価結果

整理 番号	先進医療名(略称)	適応症	先進医療費用※ (委託に係る費用を 含む自己負担分)	総評	技術の概要
002	<先進医療告示19> HDRA法又はCD-DST法による抗悪性 腫瘍感受性試験	消化器がん(根治度Cの胃がんを除く。)、頭頸部がん、乳がん、肺がん、がん性胸・腹膜炎、子宮頸がん、子宮体がん又は卵巣がん	8万3千円	適	別紙2

※典型的な1症例に要する費用として届出医療機関が記載した額。