

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：結節性硬化症に伴う腎血管筋脂肪腫に対する凍結療法 (適応症：結節性硬化症に伴う腎血管筋脂肪腫) | |
| I. 実施責任医師の要件 | |
| 診療科 | <input checked="" type="checkbox"/> (泌尿器科又は放射線科) ・不要 |
| 資格 | <input checked="" type="checkbox"/> (日本泌尿器科学会又は日本専門医機構認定泌尿器科専門医、又は日本医学放射線学会認定放射線科専門医) ・不要 |
| 当該診療科の経験年数 | <input checked="" type="checkbox"/> (10) 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 ・ 不要] |
| その他 (上記以外の要件) | |
| II. 医療機関の要件 | |
| 診療科 | <input checked="" type="checkbox"/> (泌尿器科又は放射線科) ・不要 |
| 実施診療科の医師数 注2) | <input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：小径腎悪性腫瘍に対する凍結療法の経験を3年以上有する常勤の泌尿器科専門医もしくは放射線科専門医1名 |
| 他診療科の医師数 注2) | 要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要 |
| 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"/> (診療放射線技師) ・不要 |
| 病床数 | <input checked="" type="checkbox"/> (250 床以上) ・不要 |
| 看護配置 | <input checked="" type="checkbox"/> (10 対1看護以上) ・不要 |
| 当直体制 | <input checked="" type="checkbox"/> (医師2名以上) ・不要 |
| 緊急手術の実施体制 | <input checked="" type="checkbox"/> ・不要 |
| 院内検査 (24時間実施体制) | <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：臨床研究法のため対象外 (再生医療等安全確保法及び臨床研究法に基づく研究においては、本項の記載は不要) |
| 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 | 小径腎悪性腫瘍に対する凍結療法の経験が5症例以上あること |
| III. その他の要件 | |
| 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」の欄に記載すること。

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、「経験年数〇年以上の△科医師が□名以上」。なお、医師には歯科医師も含まれる。