

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：腫瘍治療電場療法 膠芽腫（当該疾病が発症した時点における年齢が十八歳未満の患者に係るものであって、 TENTO上に位置するものに限る。）	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 小児科又は脳神経外科 <input type="radio"/> 不要
資格	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 日本小児血液・がん学会小児血液・がん専門医又は日本脳神経外科学会脳神経外科専門医 <input type="radio"/> 不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 年以上 <input type="radio"/> 不要
当該技術の経験年数	要 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 以上 <input checked="" type="radio"/> 不要
当該技術の経験症例数 注1)	実施者〔術者〕として <input type="radio"/> 例以上 <input checked="" type="radio"/> 不要 〔それに加え、助手又は術者として <input type="radio"/> 例以上 <input checked="" type="radio"/> 不要
その他（上記以外の要件）	ノボキア社が行う NovoTTF-100A 認定講習会を受講すること
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 小児科及び脳神経外科 <input type="radio"/> 不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要 具体的内容：小児科は、日本小児血液・がん学会小児血液・がん専門医が1名以上、脳神経外科は、日本脳神経外科学会脳神経外科専門医が1名以上
他診療科の医師数 注2)	要 <input checked="" type="radio"/> 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）	要 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 不要
病床数	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 床以上 <input type="radio"/> 不要
看護配置	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 7対1看護以上 <input type="radio"/> 不要
当直体制	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 以上 <input type="radio"/> 以下 <input type="radio"/> 不要
緊急手術の実施体制	要 <input checked="" type="radio"/> 不要
院内検査（24時間実施体制）	要 <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 不要 連携の具体的内容：
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要
倫理委員会による審査体制	審査開催の条件： <i>（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）</i>
医療安全管理委員会の設置	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要
医療機関としての当該技術の実施症例数	要 <input type="radio"/> 症例以上 <input checked="" type="radio"/> 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）	
III. その他の要件	
頻回の実績報告	要 <input type="radio"/> 月間又は <input type="radio"/> 症例までは、毎月報告 <input checked="" type="radio"/> 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。

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：プローブ型共焦点レーザー顕微内視鏡による胃上皮性病変の診断 胃上皮性病変	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (消化器内科またはそれに準ずる科)・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (日本消化器内視鏡学会内視鏡専門医)・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・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"/> (消化器内科、内視鏡科またはそれに準ずる科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：経験年数5年以上の日本消化器内視鏡学会内視鏡専門医が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"/> (臨床工学技士)・不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> (100床以上)・不要
看護配置	<input checked="" type="checkbox"/> (7対1看護以上)・不要
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> (内科系または外科系当直医1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
倫理審査委員会による審査体制	審査開催の条件： (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 (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)	
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。