

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： 先進医療の名称：初発時の初期治療後の再発または増悪膠芽腫に対する用量強化テモゾロミド療法 適応症：初回治療後に再発または増悪した膠芽腫 | |
| I. 実施責任医師の要件 | |
| 診療科 | <input checked="" type="checkbox"/> 要（脳神経外科、脳脊髄腫瘍科または相当の科）・不要 |
| 資格 | <input checked="" type="checkbox"/> 要（日本脳神経外科学会専門医、あるいは日本がん治療認定医機構がん治療認定医）・不要 |
| 当該診療科の経験年数 | <input checked="" type="checkbox"/> 要（5）年以上・不要 |
| 当該技術の経験年数 | 要（ ）年以上・ <input 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 type="checkbox"/> 不要 [それに加え、助手又は術者として（ ）例以上・ <input type="checkbox"/> 不要] |
| その他（上記以外の要件） | なし |
| II. 医療機関の要件 | |
| 診療科 | <input checked="" type="checkbox"/> 要（脳神経外科、脳脊髄腫瘍科または相当の科）・不要 |
| 実施診療科の医師数 注2) | <input checked="" type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：日本脳神経外科学会専門医1名以上、かつ、 日本がん治療認定医機構がん治療認定医1名以上 |
| 他診療科の医師数 注2) | <input checked="" type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：内科医師が1名以上必要 |
| 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"/> 要（薬剤師、診療放射線技師）・不要 |
| 病床数 | <input checked="" type="checkbox"/> 要（100床以上）・不要 |
| 看護配置 | <input checked="" type="checkbox"/> 要（10対1看護以上）・不要 |
| 当直体制 | <input checked="" type="checkbox"/> 要（診療科問わず医師1名以上）・不要 |
| 緊急手術の実施体制 | <input checked="" type="checkbox"/> 要・不要 |
| 院内検査（24時間実施体制） | <input checked="" type="checkbox"/> 要・不要 |
| 他の医療機関との連携体制 （患者容態急変時等） | 要・ <input 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"/> 要・不要 |
| 倫理審査委員会による審査体制 | 審査開催の条件：2か月に1回以上、必要時の随時開催体制有 |
| 医療安全管理委員会の設置 | <input checked="" type="checkbox"/> 要・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 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） | なし |
| 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 type="checkbox"/> 不要 |
| その他（上記以外の要件） | なし |

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」の欄を記載すること。

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。