

平成28年7月14日

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：治療抵抗性の子宮頸癌に対する閉鎖循環下骨盤内非均衡灌流療法 治療抵抗性の子宮頸癌 | |
| I. 実施責任医師の要件 | |
| 診療科 | <input checked="" type="checkbox"/> (放射線科)・不要 |
| 資格 | <input checked="" type="checkbox"/> (日本インターベンショナルラジオロジー学会認定インターベンショナルラジオロジー (IVR) 専門医)・不要 |
| 当該診療科の経験年数 | <input checked="" type="checkbox"/> (6) 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) | <input checked="" type="checkbox"/> 実施者 [術者] として (3) 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"/> 不要] |
| その他 (上記以外の要件) | 1) NIPP 治療の講習会を受けること。 2) 日本医大の指導のもと、実施責任医師が NIPP 治療を 3 例以上行うこと。 |
| II. 医療機関の要件 | |
| 診療科 | <input checked="" type="checkbox"/> (放射線科及び麻酔科及び産婦人科)・不要 |
| 実施診療科の医師数 注 2) | <input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：日本インターベンショナルラジオロジー学会認定インターベンショナルラジオロジー (IVR) 専門医が 1 名以上、IVR 医として 2 名以上、経験年数得 6 年以上の麻酔科医 1 名、日本婦人科腫瘍学会認定医又は専門医 1 名以上 |
| 他診療科の医師数 注 2) | 要・ <input 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"/> (臨床工学士・診療放射線技師)・不要 |
| 病床数 | <input checked="" type="checkbox"/> (50 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"/> (放射線科あるいは救急部門)・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 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：月に 1 回以上開催 |
| 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 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) | 1) IVR 専門医が実施する血管内治療が年間 100 例以上あること 2) 血管造影のための DSA 装置 (Digital Subtraction Angiography) があること |
| 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 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。