１　当該高難度新規医療技術の概要

別紙

（１）高難度新規医療技術の該当性について

|  |  |
| --- | --- |
| 外保連試案手術名 |  |
| 技術度 |  |
| 診療報酬コード |  |

　＜該当性を判断した理由＞

　　　　＊　高難度新規医療技術の該当性については、学会の示す基本的な考え方を参考に判断した理由を記載

してください。

（２）既存の医療技術と比較した場合の優位性

（合併症の重篤性及び発生の可能性等の安全性の観点を含む）

　＜実施方法＞

　　　　＊　保険収載されていない医療技術については、有効性及び安全性を示す資料（症例報告、学会発表、

論文等の研究成果など）を可能な限り添付してください。

（３）今後本院で当該高難度新規医療技術を適用する対象患者の範囲・当該技術を用いる見込

み患者数

（４）当該手術を導入する予定の対象患者及び当該患者の治療方針に関するカンファレンス

での議論の概要

　　　　＊　高難度新規医療技術を用いた医療を提供する予定の患者の今後の治療方針に関して議論したカン

ファレンス名、開催日時、議事内容の詳細がわかる資料を添付してください。

２　当該高難度新規医療技術の実施体制

（１）医療技術の提供にあたって必要な設備　　　　　　　　　　　　　有・無

　　＜具体的な内容＞

（２）医療技術の提供にあたって必要な体制　　　　　　　　　　　　　有・無

　　（集中治療室、麻酔科医師等関係部門との連携）

　　＜具体的な内容＞

（３）関連する学会ガイドラインの有無及び対応状況等の指導体制　　　有・無

　　　　＊　有りの場合、当該ガイドラインを別途添付の上、対応状況を記載ください。

　　＜具体的な内容＞

（４）他機関との連携

　　　以下のうち、とっている対応にチェックをしてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 導入前に術者等を含めた医療チームとして当該医療の提供に経験のある医療機関へ視察に行くこと |
|  | 医療提供時に、当該技術に経験豊富な者を招聘しその指導下に行うこと |
|  | その他 |

　＜具体的な内容＞

**３　実施責任医師等の経験**

＊実施医師は必要な欄を適宜追加すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施責任医師 | 氏名 |  |
| 診療科名 |  |
| 資格 | ＊当該技術に関する学会資格などを記載 |
| 当該技術等の経験症例数 | 　実施者[術者]として（　　　　　）例＊当該技術の経験症例がない場合には類似技術について記載　類似技術名[　　　　　　　　　　　　]（　　　　　）例 |
| 　助手として（　　　　　）例＊当該技術の経験症例がない場合には類似技術について記載　類似技術名[　　　　　　　　　　　　]（　　　　　）例 |
| 　総計（　　　　　）例＊当該技術の経験症例がない場合には類似技術について記載　類似技術名[　　　　　　　　　　　　]（　　　　　）例 |
| 学会・企業等が定めるトレーニングコース受講の有無 | 有・無　講習名[　　　　　　　　　　　　　　　　　　]＊受講がない場合はその理由を記載すること |
| 実施医師１ | 氏名 |  |
| 診療科名 |  |
| 資格 | ＊当該技術に関する学会資格などを記載 |
| 当該技術等の経験症例数 | 　実施者[術者]として（　　　　　）例＊当該技術の経験症例がない場合には類似技術について記載　類似技術名[　　　　　　　　　　　　]（　　　　　）例 |
| 　助手として（　　　　　）例＊当該技術の経験症例がない場合には類似技術について記載　類似技術名[　　　　　　　　　　　　]（　　　　　）例 |
| 　総計（　　　　　）例＊当該技術の経験症例がない場合には類似技術について記載　類似技術名[　　　　　　　　　　　　]（　　　　　）例 |
| 学会・企業等が定めるトレーニングコース受講の有無 | 有・無　講習名[　　　　　　　　　　　　　　　　　　]＊受講がない場合はその理由を記載すること |

４　患者に対する説明及び同意取得の方法

同意説明を行う予定の者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 説明者氏名 |  | 職種 |  |
| 陪席者氏名 |  | 職種 |  |

５　患者の費用負担

６　添付資料一覧

　　□　＊　参考文献等、説明に必要な資料を記載してください。

　　□

　　□