令和7年 6 月 11 日

先進医療
　実施責任医師　殿

先進医療関係書類の対応について（お知らせ）

医事課長　安部　修司
（担当　田場　内線:3109）

日頃より、適切な評価療養（先進医療）運用にご協力いただき、誠にありがとうございます。
これまで、原本紙媒体で診療科保管いただいておりました先進医療関係書類について下記のとおり取り扱いすることとなりましたので、貴診療科関係医師はじめ病棟、外来関係者へのご周知お願いいたします。

記

1. 説明同意書、徳島大学病院先進医承諾書
　病棟、外来において、担当医師から患者へ説明同意書及び徳島大学病院先進医療承諾書を取得した後は、速やかにスキャン室にスキャンを依頼する。
**※注意※スキャン室に送付の際は、別紙資料のとおり必ず1. 徳島大学病院先進医療承諾書2. 説明同意書の順にセットし、クリップ留めにして「文書スキャン依頼ファイル（緑色）」に入れて送付してください。**

2. 先進医療実施報告書
　病棟、外来において、担当医師が先進医療実施報告書を記載した後は、速やかに医事課　先進医療担当者へ学内便にて送付する。

以上

【参考】

## 先進医療について

先進医療については、平成 16 年 12 月の厚生労働大臣と内閣府特命担当大臣(規制改革、産業再生機構)、行政改革担当、構造改革特区・地域再生担当との「基本的合意」に基づき、国民の安全性を確保し、患者負担の増大を防止するといった観点も踏まえつつ、国民の選択肢を拡げ、利便性を向上するという観点から、保険診療との併用を認めることとしたものである。

また、先進医療は、健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 83 号）において、「厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養」として、厚生労働大臣が定める「評価療養」の１つとされている。　具体的には、有効性及び安全性を確保する観点から、医療技術ごとに一定の施設基準を設定し、施設基準に該当する保険医療機関は届出により保険診療との併用ができることとしたものである。

先進医療を保険医療機関で実施するにあたり、療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第２評価療養に関して支払を受けようとする場合の厚生労働大臣の定める基準　1 先進医療に関する基準に基づき、保険医療機関は保険外併用療養費の支給の対象となる先進医療を行うに当たり、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得ること。とされている。

先進医療関係書類は、厚生労働大臣が定める評価療養であり、厚生労働大臣の指導時にも確認される書類となるため、保険医療機関として適正管理が必要となる。

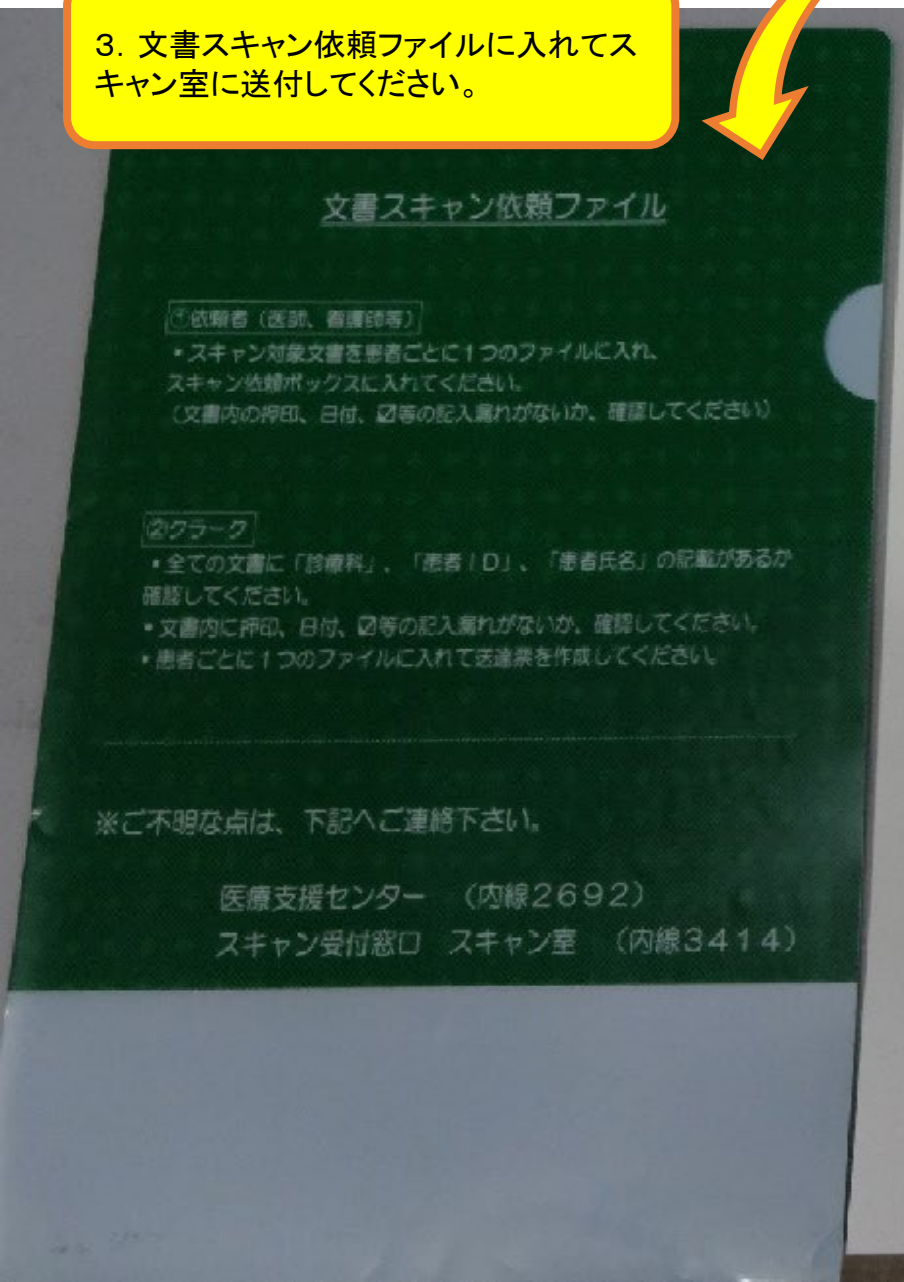
※先進医療の概要について｜厚生労働省 HP より一部引用

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/sensiniryo/index.htm)

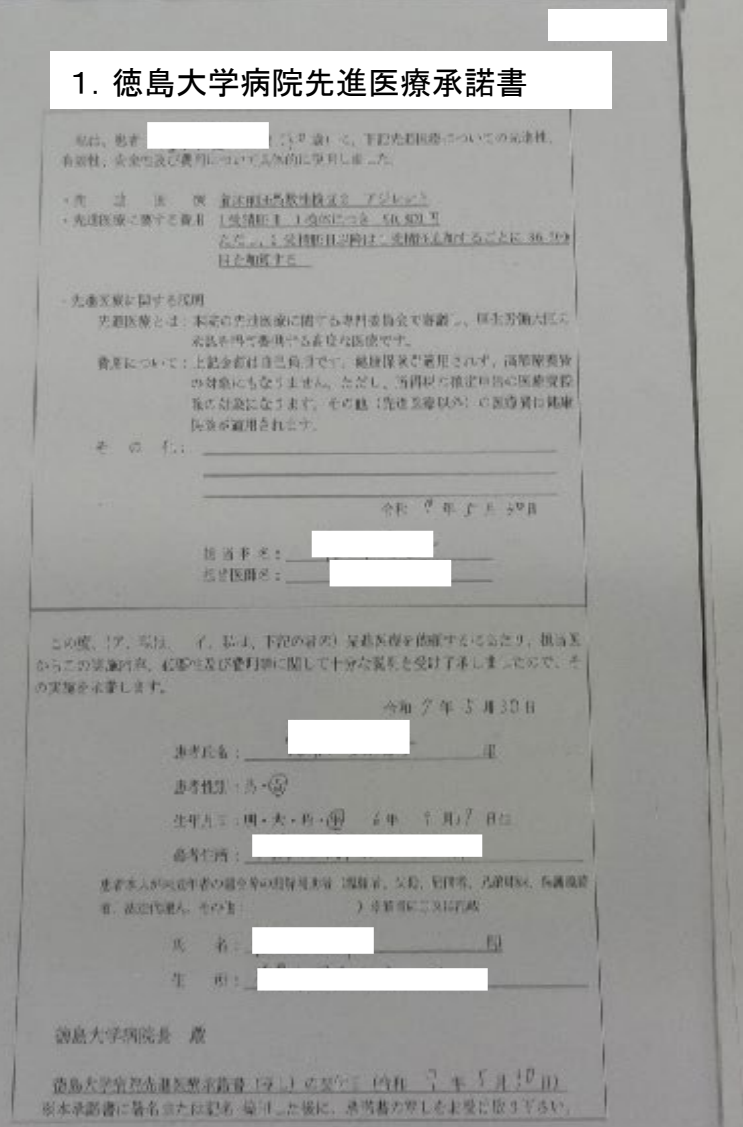
別紙資料

1. 徳島大学病院先進医療承諾書
2. 説明同意書の順にセットしクリップ留め
**※書類バラバラに送付すると返却される恐れがあります。**

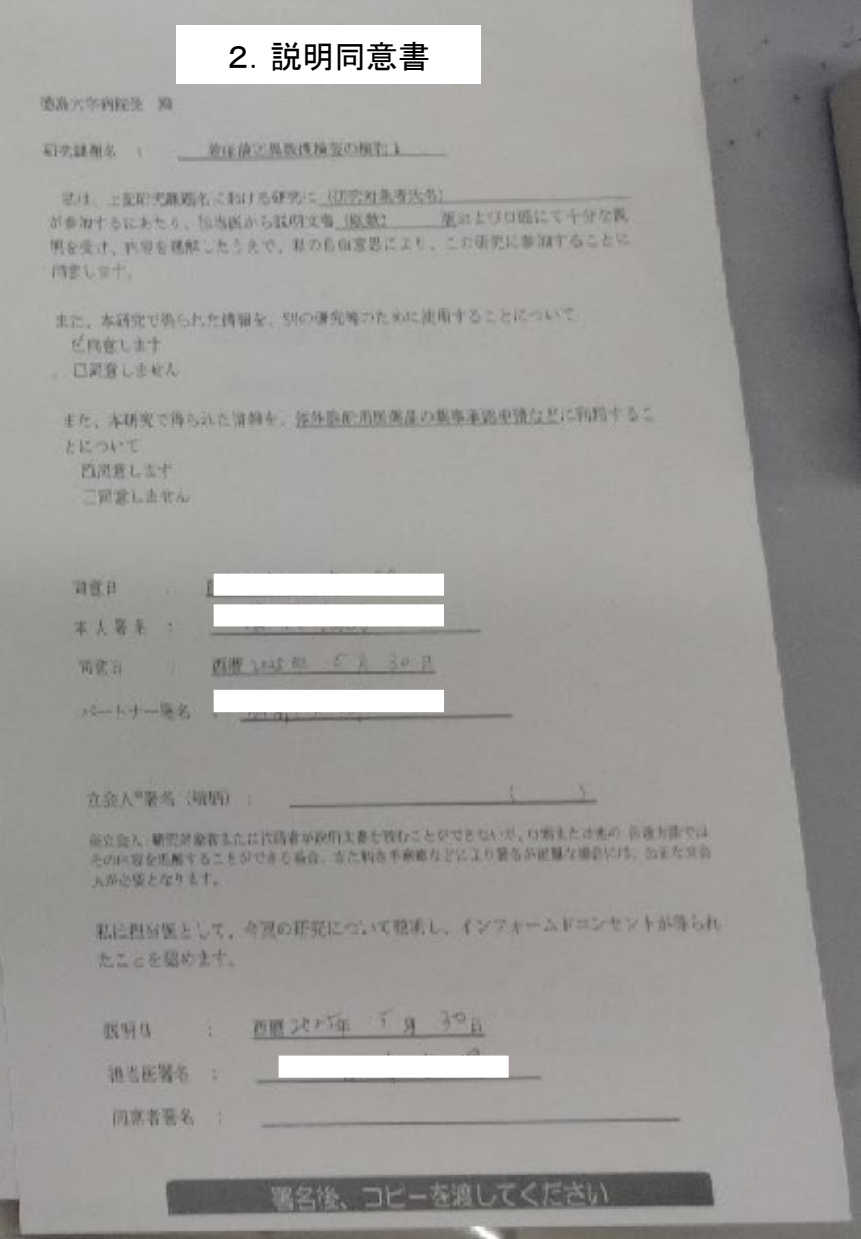
3. 文書スキャン依頼ファイルに入れてスキャン室に送付してください。




1. 徳島大学病院先進医療承諾書



2. 説明同意書



# 徳島大学病院先進医療承諾書

私は、患者　　殿（　　歳）に、下記先進医療についての先進性、有効性、安全性及び費用について具体的に説明しました。

・先 進 医 療 の 名 称　反復経頭蓋磁気刺激療法
・先進医療に要する費用　17,800 円（1 回つき）

・先進医療に関する説明
先進医療とは：本院の先進医療に関する専門委員会で審議し、厚生労働大臣の承認を得て提供する高度な医療です。
費用について：上記金額は自己負担です。健康保険が適用されず、高額療養費の対象にもなりません。ただし、所得税の確定申告の医療費控除の対象になります。その他（先進医療以外）の医療費は健康保険が適用されます。
そ　の　他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

担 当 科 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担当医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この度、（ア．私は、　イ．私は、下記の者の）先進医療を依頼するにあたり、担当医からこの実施内容、必要性及び費用等に関して十分な説明を受け了承しましたので、その実施を承諾します。

令和　　年　　月　　日

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

患者性別：男・女

生年月日：明・大・昭・平　　年　　月　　日生

患者住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者本人が未成年者の場合等の理解補助者（親権者、父母、配偶者、兄弟姉妹、保護義務者、法定代理人、その他：　　）※該当に〇又は記載

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

住　　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

徳島大学病院長　殿

徳島大学病院先進医療承諾書（写し）の交付日（令和　　年　　月　　日）
※本承諾書に署名または記名･捺印した後に、承諾書の写しをお受け取り下さい。

# 先　進　医　療　実　施　報　告　書

令和　　年　　月　　日

徳島大学病院長　殿

実施責任者
（副科長）　　印

下記、先進医療を実施しましたので報告します。

記

1．先進医療の名称　　反復経頭蓋磁気刺激療法

2．実施年月日　　令和　　年　　月　　日

3．患者氏名　　

4．患者ＩＤ　　

5．実施医師　　印

6．診断名　　

7．実施症例数　　例目

＊この書類は、実施後速やかに医事課専門職員に提出してください。