

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： S-1 内服投与並びにパクリタキセル静脈内及び腹腔内投与の併用療法 ： 膵癌(遠隔転移しておらず、かつ腹膜転移を伴うものに限る。)	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="radio"/> (消化器外科または消化器内科または腫瘍内科)・不要
資格	<input checked="" type="radio"/> (消化器外科学会専門医または消化器病学会専門医または日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医)・不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="radio"/> (10) 年以上・不要
当該技術の経験年数	要 () 年以上・ <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 () 例以上・ <input checked="" type="radio"/> 不要 〔それに加え、助手又は術者として () 例以上・ <input checked="" type="radio"/> 不要
その他 (上記以外の要件)	膵癌腹膜転移治療研究会会員 (講習会参加必要) 化学療法治療歴が1年以上必要
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="radio"/> (消化器外科または消化器内科または腫瘍内科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="radio"/> 要・不要 具体的内容：常勤医師3名以上
他診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="radio"/> 要・不要 具体的内容：麻酔科医師が1名以上
その他医療従事者の配置 (薬剤師、臨床工学技士等)	<input checked="" type="radio"/> (薬剤師)・不要
病床数	<input checked="" type="radio"/> (200 床以上)・不要
看護配置	<input checked="" type="radio"/> (11 対1 看護以上)・不要
当直体制	<input checked="" type="radio"/> (外科または消化器内科1名以上)・不要
緊急手術の実施体制	<input checked="" type="radio"/> 要・不要
院内検査 (24 時間実施体制)	<input checked="" type="radio"/> 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 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・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="radio"/> 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 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 () 月間又は 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)	特になし

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：シクロホスファミド静脈内投与療法	
適応症：成人 T 細胞白血病（末梢血幹細胞の非血縁者間移植が行われたものに限る。）	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input type="checkbox"/> 要（血液内科またはそれに準ずる科）・不要
資格	<input type="checkbox"/> 要（日本造血細胞移植学会造血細胞移植認定医）・不要
当該診療科の経験年数	<input type="checkbox"/> 要（5）年以上・不要
当該技術*の経験年数	<input type="checkbox"/> 要（1）年以上・不要
当該技術*の経験症例数 注 1)	実施者〔術者〕として（1）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）	なし
II. 医療機関の要件	
診療科	<input type="checkbox"/> 要（血液内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 type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：当該技術*の経験年数 1 年以上の日本造血細胞移植学会造血細胞移植認定医が 1 名以上(実施責任医師を含めず)
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 type="checkbox"/> 要（薬剤師）・不要
病床数	<input type="checkbox"/> 要（200 床以上）・不要
看護配置	<input type="checkbox"/> 要（7 対 1 看護以上）・不要
当直体制	<input type="checkbox"/> 要（内科系当直医 1 名以上）・不要
緊急手術の実施体制	<input type="checkbox"/> 要・不要
院内検査（24 時間実施体制）	<input 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 type="checkbox"/> 要・不要
倫理委員会による審査体制	審査開催の条件： 特定臨床研究のため記載なし
医療安全管理委員会の設置	<input type="checkbox"/> 要・不要
医療機関としての当該技術*の実施症例数	<input type="checkbox"/> 要（3 症例以上）・不要
その他（上記以外の要件、例；遺伝カク セリツグの実施体制が必要 等）	日本骨髄バンクの非血縁者間末梢血幹細胞移植認定施設
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）	

※ 移植片対宿主病予防に「移植後シクロホスファミド」を用いた同種造血幹細胞移植(疾患やドナーは問わない)の実績を示す。

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：アスピリン経口投与療法 家族性大腸腺腫症	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (消化器系の内科または外科)・不要
資格	要 ()・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> (5) 年以上・不要 ただし、大腸内視鏡による腫瘍および出血の処置とアスピリンの投与の経験とする。
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 ただし、大腸内視鏡による腫瘍および出血の処置とアスピリンの投与の経験について助手又は術者として2例以上の経験を有すること。
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"/> (消化器系の内科または外科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：非常勤を含め2名以上。うち、日本内視鏡学会専門医1名以上。
他診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：消化器外科2名以上かつ内科2名以上 (ただし、緊急時搬送可能病院との連携がある場合は不要)
その他医療従事者の配置 (薬剤師、臨床工学技士等)	要 ()・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
病床数	要 (床以上)・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
看護配置	要 (対1看護以上)・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
当直体制	要 ()・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
緊急手術の実施体制	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 ただし緊急時搬送可能病院との連携体制があれば不要
院内検査(24時間実施体制)	要・ <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)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 連携の具体的内容：入院施設や緊急手術体制のない医療機関の場合、緊急時搬送可能病院との連携体制が必要
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要
倫理委員会による審査体制	審査開催の条件： (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)
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；遺伝カン セリングの実施体制が必要 等）	特になし
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）	

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： 先進医療名：不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 適応症：胚移植を受ける不妊症患者	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (産婦人科、産科、婦人科または女性診療科)・不要
資格	要 ()・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> (1) 年以上・不要 別の施設でタクロリムスを投与し妊娠した患者を受け入れ、出産までの対応をした経験を含む
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・ <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> (産婦人科、産科、婦人科または女性診療科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：常勤の日本産科婦人科学会認定産婦人科専門医が1名以上配置されていること。
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"/> (胚を扱うことができる技術者)・不要
病床数	要 () 床以上)・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
看護配置	要 (対1看護以上)・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
当直体制	要 ()・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
緊急手術の実施体制	要・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
院内検査 (24時間実施体制)	要・ <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)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 連携の具体的内容：緊急の場合その他当該療養について必要な場合に対応するため、他の保険医療機関との連携体制を整備していること。
医療機器の保守管理体制	要・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
倫理委員会による審査体制	審査開催の条件： (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)
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）	医療機関としての当該技術の実施症例数が 10 例以上、又は当該技術の実施症例数が 10 症例以上の医療機関との連携体制を整備していること。
Ⅲ. その他の要件	
頻回の実績報告	<input checked="" type="checkbox"/> 要（3 症例までは、医政局研究開発政策課に毎月報告）・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。