

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： 反復経頭蓋磁気刺激療法 適応症： うつ病（急性期において当該療法が実施された患者に係るものであって、薬物療法に抵抗性を有するものに限る。）	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> （精神科/精神神経科）・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> （日本精神神経学会精神科専門医）・不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> （10）年以上・不要
当該技術の経験年数 ※	<input checked="" type="checkbox"/> （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（2）例以上・不要 [それに加え、助手又は術者として（ ）例以上・不要]
その他（上記以外の要件）	日本精神神経学会の開催する rTMS 実施者講習会を受講すること。 国立精神・神経医療研究センター/東京慈恵会医科大学の開催する維持 rTMS 療法講習会を受講すること。
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> （精神科/精神神経科）・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容： 日本精神神経学会精神科専門医が常勤として2名以上
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）	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	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）	要・ <input checked="" 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
倫理委員会による審査体制	審査開催の条件： <i>（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）</i>
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 ※	<input checked="" type="checkbox"/> （5 症例以上）・不要
その他（上記以外の要件、例；遺伝カッ	

セッションの実施体制が必要 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)・ 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。

※ 実施責任医師の要件である当該技術の経験年数および経験症例数、医療機関の要件である当該技術の実施症例数は、うつ病患者を対象とした反復経頭蓋磁気刺激療法の経験年数、経験症例数、実施症例数を示しており、反復経頭蓋磁気刺激による維持療法に限らない。

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：マイクロ波凝固による経皮的前立腺癌病巣標的化焼灼術、限局性前立腺癌	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（ 泌尿器科 ） ・ 不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 要（日本泌尿器科学会専門医） ・ 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（ ） ・ <input checked="" 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 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）	MRI 撮影及び超音波検査融合画像による前立腺針生検の実施 30 例以上（うち経会陰的前立腺針生検の経験 5 例以上）の経験を有すること
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（ 泌尿器科 ） ・ 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：常勤医 1 名以上。かつ、術者もしくはプロクター※1 として認められた日本泌尿器科学会専門医（非常勤可） 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：放射線科において前立腺 MRI 撮影・読影に関し 4 年以上の経験を有する放射線科医師が配置（非常勤可・遠隔医療可）されていること。
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	<input checked="" type="checkbox"/> 要（ 20 床以上） ・ 不要
看護配置	<input checked="" type="checkbox"/> 要（配置比率は問わない） ・ 不要
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要（泌尿器科医師のオンコール体制または泌尿器科医当直） ・ 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）	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ 不要 連携の具体的内容：ただし、自施設において、消化器外科の医師が常勤又はオンコールで 24 時間緊急手術に呼応できる体制がある場合には、不要とする。
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ 不要
倫理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のため本項の記載は不要)
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 () ・ <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)	<p>1.5 テスラ以上の MRI 装置を有し、MRI 撮影及び超音波検査融合画像機器を有していること</p> <p>※1) 本試験の手術者については、術者とプロクターがある。 プロクターとは、前立腺癌マイクロ波焼灼術を術者として10例以上の経験を有し、本試験において前立腺癌マイクロ波焼灼術を指導的立場で教育し、術者認定を行う能力をもつ指導的立場の医師(日本泌尿器科学会専門医)のことをいう。 プロクターに指導される医師(日本泌尿器科学会専門医)をオブザーバーと呼ぶ。 術者とは、本試験において前立腺癌マイクロ波焼灼術を1人で執刀する能力を持つ医師(日本泌尿器科学会専門医)であり、プロクター監視下の当該技術手術の助手又はオブザーバーとして3例以上、かつプロクター監視下の当該技術の術者として1例以上の経験を要する。</p>
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="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。

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：食道表在癌に対するアルゴンプラズマ併用高周波凝固焼灼療法 食道表在癌	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (消化器内科または消化器外科) ・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (日本消化器内視鏡学会専門医) ・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 ※「アルゴンプラズマ併用高周波凝固焼灼を用いた消化管治療内視鏡（内視鏡的消化管止血術を含む）」を指す。
当該技術の経験症例数 注1)	実施者〔術者〕として (10) 例以上 ・不要 [それに加え、助手又は術者として () 例以上 ・ <input checked="" type="checkbox"/>] ※ここでの「当該技術」はアルゴンプラズマ併用高周波凝固焼灼を用いた消化管治療内視鏡（内視鏡的消化管止血術を含む）を指す。
その他（上記以外の要件）	日本消化器内視鏡学会専門医であって、「アルゴンプラズマ併用高周波凝固焼灼を用いた消化管治療内視鏡（内視鏡的消化管止血術を含む）」の経験を有する者。
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (消化器内科または消化器外科) ・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：日本消化器内視鏡学会専門医であって、「アルゴンプラズマ併用高周波凝固焼灼を用いた消化管治療内視鏡（内視鏡的消化管止血術を含む。）」の経験症例数 10 例以上を有する医師 2 名以上
他診療科の医師数 注2)	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> (臨床工学技士) ・不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> (400 床以上) ・不要
看護配置	<input checked="" type="checkbox"/> (7 対 1 看護以上) ・不要
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> (外科系又は内科系の医師 1 名以上) ・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 checked="" type="checkbox"/> 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
倫理委員会による審査体制	審査開催の条件： <i>(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</i>

	いては、本項の記載は不要)
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"/> (10 症例以上)・不要 ※ここでの「当該技術」は「アルゴンプラズマ併用高周波凝固焼灼を用いた消化管治療内視鏡（内視鏡的消化管止血術を含む）を指す。」
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）	日本消化器内視鏡学会の認定基準を満たす指導施設
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）	

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。