

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：肺野型 I 期肺癌に対する重粒子線治療 肺野末梢型 I 期非小細胞肺癌	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (放射線科又は放射線治療科又は放射線治療部又はその相当科)・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (日本医学放射線学会・日本放射線腫瘍学会共同認定放射線治療専門医)・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"/> (2) 年以上・不要 但し、放射線治療 (4 門以上の照射, 運動照射, 原体照射又は強度変調放射線治療 (IMRT) による体外照射に限る) による療養について 1 年以上の経験を有する者については, 1 年以上とする。
当該技術の経験症例数 注 1)	重粒子線治療を主として実施する医師又は補助を行う医師として 10 例以上の症例を実施しており, そのうち重粒子線治療を主として実施する医師として 5 例以上の症例を実施していること。
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"/> (放射線科又は放射線治療科又は放射線治療部又はその相当科)・不要
実施診療科の医師数 注 2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：日本医学放射線学会・日本放射線腫瘍学会共同認定放射線治療専門医を含め 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)	<input checked="" type="checkbox"/> ()・不要 ①病院内に日本放射線治療専門放射線技師認定機構の定める放射線治療専門放射線技師を含む専従の診療放射線技師が 3 人以上配置されていること。重粒子線治療室 1 室あたり 2 名以上の診療放射線技師が配置されていること。 ② 放射線治療に専従する常勤の医学物理士認定機構認定医学物理士が 1 名以上配置されていること。
病床数	要 (床以上)・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
看護配置	<input checked="" type="checkbox"/> (放射線治療専従の看護師 1 名以上)・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：近隣の大学病院ならびに総合病院と診療上の連携体制が確立していること。

医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要
倫理審査委員会による審査体制	審査開催の条件:2 ヶ月 1 回以上に加え、要時開催されている。
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	<input checked="" type="checkbox"/> (10 症例以上)・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)	日本放射線腫瘍学会の指定 (注) に準拠した複数の診療科で構成されるがん診療連携拠点病院等の連携にてその機能を果たすことができるように対応すること。また、病院間の連携が可能であることを文書にて示せること。 (注) キャンサーボードの目的, 方針, 業務, 構成メンバー, 開催日程, 記録の作成, 保管法, などを指針もしくは規定として文書化していること。自施設でがん診療連携拠点病院等の連携にてその機能を果たすことができるように対応すること。また、病院間の連携が可能であることを文書にて示せること。
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 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。