

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：パクリタキセル腹腔内投与及び静脈内投与並びにS-1内服併用療法 腹膜播種又は進行性胃がん（腹水細胞診又は腹腔洗浄細胞診により遊離がん細胞を認めるものに限る。）	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	②(外科 または 内科)・不要
資格	②(外科専門医 または 内科認定医)・不要
当該診療科の経験年数	② 10年以上・不要
当該技術の経験年数	要 ( ) 年以上・②(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・②(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）	レジメンを問わない抗癌剤腹腔内投与の経験1例以上
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	②(外科、内科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	②・不要 具体的内容：経験年数10年以上の医師が3名以上
他診療科の医師数 注2)	②・不要 具体的内容：麻酔科の常勤医師が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)	②(薬剤師)・不要
病床数	②(200床以上)・不要
看護配置	②(10対1看護以上)・不要
当直体制	②( )・不要
緊急手術の実施体制	②・不要
院内検査(24時間実施体制)	②・不要
他の医療機関との連携体制 (患者容態急変時等)	要・②(不要) 連携の具体的内容：
医療機器の保守管理体制	②・不要
倫理審査委員会による審査体制	②・不要 審査開催の条件：
医療安全管理委員会の設置	②・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・②(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）	
<b>III. その他の要件</b>	
頻回の実績報告	要 ( ) 月間又は ( ) 症例までは、毎月報告)・②(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：パクリタキセル静脈内投与、カルボプラチン静脈内投与及びベバシズマブ静脈内投与の併用療法（これらを三週間に一回投与するものに限る。）並びにベバシズマブ静脈内投与（三週間に一回投与するものに限る。）による維持療法 再発卵巣がん、卵管がん又は原発性腹膜がん	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input type="checkbox"/> 要（産婦人科、婦人科、婦人科腫瘍科、腫瘍内科）・不要
資格	<input type="checkbox"/> 要（産婦人科専門医またはがん薬物療法専門医）・不要
当該診療科の経験年数	<input type="checkbox"/> 要（ 7 ）年以上・不要
当該技術の経験年数	要（ ）年以上・ <input 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 type="checkbox"/> 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）	特になし
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input type="checkbox"/> 要（産婦人科、婦人科、婦人科腫瘍科、腫瘍内科のいずれか）・不要
実施診療科の医師数 注2)	要・ <input type="checkbox"/> 不要 具体的内容：
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（試験薬管理を行う薬剤師）・不要
病床数	要（ 床以上）・ <input type="checkbox"/> 不要
看護配置	要（ 対1看護以上）・ <input type="checkbox"/> 不要
当直体制	<input type="checkbox"/> 要（当該科または他科との合同当直）・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）	<input type="checkbox"/> 要・不要 連携の具体的内容：医療機関内で血栓症に対する対応が不可能な施設に限り、緊急時対応が可能となるよう他の医療機関との連携体制を要する。
医療機器の保守管理体制	要・ <input type="checkbox"/> 不要
倫理審査委員会による審査体制	<input type="checkbox"/> 要・不要 審査開催の条件：特になし
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	要（ 症例以上）・ <input 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）	当該診療科にベバシズマブ使用経験者がいない場合は、医療機関内にベバシズマブ投与経験のある医師が居ることを必須とする。
<b>III. その他の要件</b>	
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）	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」の欄を記載すること。

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：蛍光膀胱鏡を用いた5-アミノレブリン酸溶解液の経口投与又は経尿道投与による膀胱がんの光力学的診断 筋層非浸潤性膀胱がん	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
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又は指導医)・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	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (1) 年以上・不要
当該技術の経験症例数 注1)	<input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 不要]
その他 (上記以外の要件)	
<b>II. 医療機関の要件</b>	
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：当該診療科の経験年数5年以上の常勤医師1名以上
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 checked="" type="checkbox"/> 要 (院内製剤調剤のため薬剤師1名)・不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (1床以上)・不要
看護配置	要 ( 対1看護以上)・ <input type="checkbox"/> 不要
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (泌尿器科)・不要
緊急手術の実施体制	要・ <input type="checkbox"/> 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)	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 checked="" type="checkbox"/> 要・不要
倫理審査委員会による審査体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要 審査開催の条件：
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"/> 要 (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)	
<b>III. その他の要件</b>	
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：術後のホルモン療法及びS-1内服投与の併用療法 原発性乳がん（エストロゲン受容体が陽性であって、HER2が陰性のものに限る。）	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input type="checkbox"/> (外科、乳腺外科、乳腺科、腫瘍内科、外来化学療法科に準ずる診療科)・不要
資格	<input type="checkbox"/> (乳癌学会、臨床腫瘍学会、外科学会等関連学会の認定医、専門医、指導医、またはがん治療認定医)・不要
当該診療科の経験年数	要 ( ) 年以上・ <input type="checkbox"/> 不要
当該技術の経験年数	要 ( ) 年以上・ <input 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 type="checkbox"/> 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)	乳癌の術前・術後化学療法経験症例数が50例以上である。
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input type="checkbox"/> (外科、乳腺外科、乳腺科、腫瘍内科、外来化学療法科に準ずる診療科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：実施責任医師を含む1名以上。但し、実施診療科の実施体制が1名の場合には実施責任医師の要件を満たす医師が所属する連携病院があること。
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"/> (薬剤師)・不要
病床数	要 ( ) 床以上・ <input type="checkbox"/> 不要
看護配置	要 ( ) 対1看護以上・ <input type="checkbox"/> 不要
当直体制	<input type="checkbox"/> ( ) ・不要
緊急手術の実施体制	要・ <input type="checkbox"/> 不要
院内検査 (24時間実施体制)	<input 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 type="checkbox"/> ・不要 連携の具体的内容：有害事象発生時等の急変時の受け入れ。
医療機器の保守管理体制	要・ <input type="checkbox"/> 不要
倫理審査委員会による審査体制	審査開催の条件：臨床研究に関する倫理指針に従う。
医療安全管理委員会の設置	<input 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；遺伝カウンセリングの実施体制が必要 等)	
<b>III. その他の要件</b>	
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：急性心筋梗塞に対するエポエチンベータ投与療法 急性心筋梗塞（再灌流療法の成功したものに限る。）	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input type="checkbox"/> 要 (内科または循環器科 )・不要
資格	要 ( )・ <input type="checkbox"/> 不要
当該診療科の経験年数	要 ( ) 年以上・ <input type="checkbox"/> 不要
当該技術の経験年数	要 ( ) 年以上・ <input 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 type="checkbox"/> 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）	副作用に対して適切に対応できる、エポエチンは 20 年来使用されているものであり、非常に安全な薬剤であり、多くの医師が使用しやすいものとする
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input type="checkbox"/> 要 (循環器科または循環器を含む科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：循環器医師数 2 名以上
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 (放射線技師 )・不要
病床数	<input type="checkbox"/> 要 ( 100 床以上)・不要
看護配置	要 ( 対 1 看護以上)・ <input type="checkbox"/> 不要
当直体制	<input type="checkbox"/> 要 ( 1 名以上 )・不要
緊急手術の実施体制	要・ <input type="checkbox"/> 不要
院内検査 (24 時間実施体制)	要・ <input 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 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
倫理審査委員会による審査体制	審査開催の条件：
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	要 ( 症例以上)・ <input 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）	血管造影室が装備され 24 時間体制で実施可能、かつ急性期の血行動態や不整脈管理が可能である冠疾患集中治療室 (CCU) が備わっている。
<b>III. その他の要件</b>	
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： ・ペメトレキセド静脈内投与及びシスプラチン静脈内投与の併用療法 ・肺癌（扁平上皮肺癌及び小細胞肺癌を除き、病理学的見地から完全に切除されたと判断されるものに限る。）	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input type="checkbox"/> 要（呼吸器外科、呼吸器内科、腫瘍内科のいずれか）・不要
資格	<input type="checkbox"/> 要（がん治療認定医・暫定教育医、がん薬物療法専門医・指導医・暫定指導医のいずれかを有する）・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（ ）例以上・ <input type="checkbox"/> 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）	
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input type="checkbox"/> 要（呼吸器外科、呼吸器内科、腫瘍内科のいずれか）・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：3人以上
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）	要（ ）・ <input type="checkbox"/> 不要
病床数	<input type="checkbox"/> 要（150床以上）・不要
看護配置	<input type="checkbox"/> 要（10対1看護以上）・不要
当直体制	<input type="checkbox"/> 要（ ）・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	要・ <input type="checkbox"/> 不要
倫理委員会による審査体制	<input type="checkbox"/> 要・不要 審査開催の条件：少なくとも3か月に1回は開催される
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	要（ 症例以上）・ <input 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）	進行肺癌に対するペメトレキセドの投与経験は必要
<b>III. その他の要件</b>	
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」の欄を記載すること。

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：解離性大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術 保存治療が困難なスタンフォードB型解離性大動脈瘤	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (心臓血管外科)・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (学会専門医)・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"/> ( 10 ) 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 ( ) 例以上・ <input type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> (心臓血管外科)・不要
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (心臓血管外科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：胸部大動脈瘤破裂もしくは急性大動脈解離に対する手術を5例以上経験している手術心臓血管外科常勤医師2名以上
他診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：胸部大動脈瘤破裂もしくは急性大動脈解離に対する手術麻酔を5例以上経験している麻酔科常勤医師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="checkbox"/> (臨床工学士)・不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> (100床以上、集中治療室1床以上)・不要
看護配置	<input checked="" type="checkbox"/> (対1看護以上)・不要 具体的内容：胸部大動脈瘤手術業務が可能な手術室看護師2名以上かつ術後集中治療室看護可能
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> ( ) ・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 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
倫理審査委員会による審査体制	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 審査開催の条件：構成員が医師、学識経験を有する者、その他の者から構成されていること
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"/> (年間30症例以上)・不要

様式第9号（つづき）

<p>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>	<p>当該技術を施行する術者はその必要要件として、胸部大動脈瘤ステントグラフト実施基準の実施医基準（申請書別添資料2：実施医基準および施設基準参照）を満たしていることに加え、術者として解離性大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術 10 症例以上の経験を要することとする。当該技術を実施する医療機関の要件として、胸部大動脈瘤ステントグラフト実施基準の実施施設基準（申請書別添資料2：実施医基準および施設基準参照）を満たしていることとする。</p>
<p><b>Ⅲ. その他の要件</b></p>	
<p>頻回の実績報告</p>	<p>要（ 月間又は 症例までは、毎月報告）・<span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">不要</span></p>
<p>その他（上記以外の要件）</p>	

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：食道がんの根治的治療がなされた後の難治性の良性食道狭窄に対する生分解性ステント留置術 食道がんの根治的治療がなされた後の難治性の良性食道狭窄（内視鏡による検査の所見で悪性ではないと判断され、かつ、病理学的見地から悪性ではないことが確認されたものであって、従来の治療法ではその治療に係る効果が認められないものに限る。）	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（内視鏡科もしくはそれに相当する診療科）・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"/> 要（5*）年以上・不要 *消化管ステント留置術として
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（3*）年以上・不要 *消化管ステント留置術として
当該技術の経験症例数 注1)	実施者〔術者〕として（5*） <input checked="" type="checkbox"/> 例以上・不要 *消化管ステント留置術として 〔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）	初めて当該技術を行う医師は、本ステント留置術の経験のある医師の指導のもとに行うか、ステント留置術の動画による研修を受けることを必須とする。
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（消化管内科もしくはそれに相当する診療科、外科）・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：少なくとも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	<input checked="" type="checkbox"/> 要（400床以上）・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（on call体制）
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）	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"/> 要・不要
倫理審査委員会による審査体制	審査開催の条件：1ヶ月に1回以上の開催
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"/> 要（20*症例以上）・不要 *消化管ステント留置術として
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）	
<b>III. その他の要件</b>	
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。

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：術前のホルモン療法及びゾレドロン酸投与の併用療法 閉経後のホルモン感受性の乳がん（長径が5センチメートル以下であって、リンパ節転移及び遠隔転移しておらず、かつ、エストロゲン受容体が陽性であって、HER2が陰性のものに限る。）	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input type="checkbox"/> 要（外科、乳腺外科、乳腺科に準ずる診療科）・不要
資格	<input type="checkbox"/> 要（乳癌学会、臨床腫瘍学会、外科学会等関連学会の認定医、専門医、指導医。またはがん治療認定医）・不要
当該診療科の経験年数	要（ ）年以上・ <input type="checkbox"/> 不要
当該技術の経験年数	要（ ）年以上・ <input 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 type="checkbox"/> 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）	
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input type="checkbox"/> 要（外科、乳腺外科、乳腺科に準ずる診療科）・不要
実施診療科の医師数 注2)	要・ <input type="checkbox"/> 不要 具体的内容：
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	要（ ）床以上・ <input type="checkbox"/> 不要
看護配置	要（ 対1看護以上）・ <input type="checkbox"/> 不要
当直体制	<input type="checkbox"/> 要（ ）・不要
緊急手術の実施体制	要・ <input type="checkbox"/> 不要
院内検査（24時間実施体制）	要・ <input 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 type="checkbox"/> 要・不要 連携の具体的内容：有害事象発生時等の急変時の受け入れ
医療機器の保守管理体制	要・ <input type="checkbox"/> 不要
倫理審査委員会による審査体制	審査開催の条件：臨床研究に関する倫理指針に従う。
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	要（ ）症例以上・ <input type="checkbox"/> 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）	
<b>III. その他の要件</b>	
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」の欄を記載すること。

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。