

先進医療名及び適応症：自家骨髄単核球移植による下肢血管再生治療 バージャー病（従来の治療法に抵抗性を有するものであって、フォンタン分類 III 度又は IV 度のものに限る。）	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (循環器内科、膠原病免疫内科、心臓血管外科のいずれか)・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (循環器内科又は総合内科専門医又は心臓血管外科専門医)・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"/> (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 (5) 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"/> <input checked="" type="checkbox"/>
その他（上記以外の要件）	上記の当該技術の症例経験数を満たしていれば、特記追加事項はなし。
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (循環器内科、膠原病免疫内科、心臓血管外科のいずれか)・不要
実施診療科の医師数 注 2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：実施診療科において、循環器内科又は総合内科専門医又は心臓血管外科専門医が2名以上常勤として配置されていること。また、血管再生治療の経験年数として3年以上有する医師が1名以上いること。
他診療科の医師数 注 2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 経験年数5年以上の麻酔科医が1名以上いること。
その他医療従事者の配置 (薬剤師、臨床工学技士等)	<input checked="" type="checkbox"/> (輸血を実施する部門が設置され、常勤の医療従事者が配置されていること。)・不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> (200床以上)・不要
看護配置	要 (対1看護以上)・ <input type="checkbox"/>
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> (循環器内科、膠原病免疫内科、心臓血管外科のいずれか)・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"/> 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	審査開催の条件：

	3 ヶ月に 1 回以上及び必要時開催が可能な施設
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"/> (5 症例以上)・不要 自家骨髄単核球細胞を用いた血管再生療法の経験が 5 例以上あること。(バージャー病、閉塞性動脈硬化症、膠原病疾患による重症虚血肢)
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)	<input type="checkbox"/> 要・不要
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)	

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

- 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

<p>先進医療名及び適応症：マルチプレックス遺伝子パネル検査</p> <p>固形がん（根治切除が不可能又は治療後に再発したものであって、治療法が存在しないもの又は従来の治療法が終了しているもの若しくは従来の治療法が終了予定のものに限る。）</p>	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（ 悪性腫瘍に対する診療を行う診療科 ）・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 要（ 腫瘍関連学会（日本がん治療認定医機構、日本消化器外科学会、日本小児血液・がん学会、日本婦人科腫瘍学会、日本内科学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本家族性腫瘍学会等）の認定医または専門医 ）・不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（10）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)	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）	実施責任医師は、エキスパートパネルの構成メンバーであることを必須とする。
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（ 悪性腫瘍に対する診療を行う診療科 ）・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：がんゲノム医療に関わる医師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：がん診療に関わる病理医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"/> 要（ 薬剤師 ）・不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（ 200 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（ 1人以上の医師 ）・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）	要・ <input type="checkbox"/> 不要 連携の具体的内容： なお、試験そのもので、緊急手術を要することはないが、本試験結果をもとにした治療において救急対応を要する事態が生じうるため、しかるべき対応をとることが必須であり、実施施設において緊急対応体制がない場合は連携をとれる体制が必要。
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月に1回以上
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 (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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 遺伝性腫瘍に対する遺伝カウンセリングの実施体制が必要である。 患者説明、同意取得、結果開示などについて、適切な手順を定めること。 ・ 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等又は小児がん拠点病院であること。 ・ 今後協力医療機関追加の際には、厚生労働大臣が指定するがんゲノム中核拠点病院またはがんゲノム医療連携病院の指定を受けていること。
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)・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：反復経頭蓋磁気刺激療法 薬物療法に反応しない双極性障害の抑うつエピソード	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input type="checkbox"/> 要 (精神科/精神神経科)・不要
資格	<input type="checkbox"/> 要 (精神科専門医)・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	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)	日本精神神経学会の開催する rTMS 講習会受講者であること。 うつ病患者を含む当該技術の経験症例数が5例以上であること。
II. 医療機関の要件	
診療科	<input type="checkbox"/> 要 (精神科/精神神経科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：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 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 (看護師、臨床検査技師の配置)・不要
病床数	<input type="checkbox"/> 要 (400床以上)・不要
看護配置	要 ()・ <input type="checkbox"/> 不要
当直体制	<input type="checkbox"/> 要 (精神科/精神神経科)・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 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 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)	医療機関として、うつ病患者を含む当該技術の経験症例数が5例以上であること、うつ症状および躁症状の増悪時に対応できること (精神科病床への入院等)、けいれん発作時に対応できること (院内連携等)
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 type="checkbox"/> 不要
その他 (上記以外の要件)	