

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
膵臓がん（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"/> (要) (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"/> (要) (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"/> (要) (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"/> (要) (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"/> (要) (薬剤師)・不要
病床数	<input checked="" type="radio"/> (要) (200 床以上)・不要
看護配置	<input checked="" type="radio"/> (要) (11対1看護以上)・不要
当直体制	<input checked="" type="radio"/> (要) (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：少なくとも2月に1回かつ必要事開催
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：術後のアスピリン経口投与療法 下部直腸を除く大腸がん（ステージがⅢ期であって、肉眼による観察及び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。）	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input type="checkbox"/> 要（消化器領域の外科もしくは内科）・不要
資格	<input type="checkbox"/> 要（日本臨床腫瘍学会：薬物療法専門医以上（指導医を含む）または、日本がん治療認定機構；がん治療認定医以上（教育医を含む））・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・ <input 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 type="checkbox"/> 要（消化器領域の外科もしくは内科）・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容： ・化学療法の実施経験を5年以上有する常勤医師が実施責任者または実施者に1名以上含まれている。 ・アスピリンの使用経験（対象疾患は問わない）を1例以上有する医師を1名以上実施者として含む。
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（100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（外科系または内科系医師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）	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：2か月に1回以上
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）	
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

様式第9号

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。