

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：ゲムシタビン静脈内投与、ナブーパクリタキセル静脈内投与及びパクリタキセル腹腔内投与の併用療法 腹膜播種を伴う膵臓がん	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	①(要) (消化器内科若しくはそれに相当の内科、腫瘍内科若しくはそれに相当する診療科、または消化器外科若しくはそれに相当の外科)・不要
資格	①(要) (日本内科学会認定内科医または日本外科学会外科専門医)・不要
当該診療科の経験年数	①(要) (10年以上)・不要
当該技術の経験年数	要 () 年以上・①(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・①(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
II. 医療機関の要件	
診療科	①(要) (消化器内科若しくはそれに相当の内科、腫瘍内科若しくはそれに相当する診療科または消化器外科若しくはそれに相当の外科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	①(要)・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)	①(要)・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)	①(要) (薬剤師)・不要
病床数	①(要) (200 床以上)・不要
看護配置	①(要) (10 対 1 看護以上)・不要
当直体制	①(要) (内科系医師 または 外科系医師 1 名以上)・不要
緊急手術の実施体制	①(要)・不要
院内検査 (24 時間実施体制)	①(要)・不要
他の医療機関との連携体制 (患者容態急変時等)	要・①(不要) 連携の具体的内容：
医療機器の保守管理体制	①(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 ヶ月に 1 回以上、必要時の随時開催
医療安全管理委員会の設置	①(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・①(不要)
その他 (上記以外の要件)	なし
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)・①(不要)
その他 (上記以外の要件)	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：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	☒ (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	☒ (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	☒ (要) (10) 年以上 ・ 不要
当該技術の経験年数	要 () 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 ・ ☒ (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）	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	☒ (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)	☒ (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)	☒ (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）	☒ (要) (薬剤師) ・ 不要
病床数	☒ (要) (200 床以上) ・ 不要
看護配置	☒ (要) (11 対 1 看護以上) ・ 不要
当直体制	☒ (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	☒ (要) ・ 不要
院内検査（24 時間実施体制）	☒ (要) ・ 不要
他の医療機関との連携体制 （患者容態急変時等）	要 ・ ☒ (不要) 連携の具体的内容：
医療機器の保守管理体制	☒ (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	☒ (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）	
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）	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。