

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：糞便微生物叢移植	
適応症：再発性 Clostridioides difficile 関連下痢症・腸炎	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (消化器内科) ・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"/> (5) 年以上 ・ 不要
当該技術の経験年数	要() 年以上 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
当該技術の経験症例数注 1)	実施者 [術者または助手] として (1) 例以上必要
その他(上記以外の要件)	「潰瘍性大腸炎もしくはクローン病に対する糞便微生物叢移植」に対する経験症例数は、上記「当該技術の経験症例数」とみなすことができる。
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (消化器内科) ・ 不要
実施診療科の医師数 注 2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 不要 具体的内容：大腸内視鏡経験年数 5 年以上の医師 1 名と当該技術の経験症例数 5 例以上の医師 1 名
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"/> (400 床以上) ・ 不要
看護配置	<input checked="" type="checkbox"/> (7 対 1 看護以上) ・ 不要
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> (内科医師 1 名以上) ・ 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 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"/> ・ 不要
倫理審査委員会による審査体制	該当無し
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	要(症例以上) ・ <input checked="" 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)	① Infection control team (ICT) あるいは Infection control doctor (ICD) が常駐していること、② 院内で糞便中の寄生虫除外目的の検鏡検査が細菌検査室などで実施できること
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)	

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：腎血管筋脂肪腫に対する腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるものに限る。) 腎血管筋脂肪腫(結節性硬化症によるものに限る。)	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input type="checkbox"/> 要 (泌尿器科又は放射線科)・不要
資格	<input type="checkbox"/> 要 (日本泌尿器科学会又は日本専門医機構認定泌尿器科専門医、又は日本医学放射線学会認定放射線科専門医)・不要
当該診療科の経験年数	<input type="checkbox"/> 要 (10) 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)	
II. 医療機関の要件	
診療科	<input type="checkbox"/> 要 (泌尿器科又は放射線科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：小径腎悪性腫瘍に対する凍結療法の経験を3年以上有する常勤の泌尿器科専門医もしくは放射線科専門医1名
他診療科の医師数 注2)	要・ <input type="checkbox"/> 不要
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 (診療放射線技師)・不要
病床数	<input type="checkbox"/> 要 (250 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 (医師2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)	<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
倫理委員会による審査体制	審査開催の条件：臨床研究法のため対象外 (再生医療等安全確保法及び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	小径腎悪性腫瘍に対する凍結療法の経験が5症例以上あること
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 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：マルチプレックス遺伝子パネル検査 進行再発固形がん（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。）	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="radio"/> (内科、小児科または病理科) ・不要
資格	要 () ・ <input checked="" type="radio"/> 不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="radio"/> (5) 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）	
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="radio"/> (内科・小児科のいずれかおよび、病理科) ・ 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： ・ 治験、臨床研究を含むがん薬物療法の実務経験を5年以上有する常勤医師1名以上 ・ 病理診断の実務経験を5年以上有する常勤医師1名以上
他診療科の医師数 注2)	要 ・ <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> (臨床検査技師) ・ 不要
病床数	<input checked="" type="radio"/> (100床以上) ・ 不要
看護配置	<input checked="" type="radio"/> (10対1看護以上) ・ 不要
当直体制	<input checked="" type="radio"/> (内科系または外科系医師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：2か月に1回以上
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）	・ 遺伝カウンセリング等を行う部門を設置し、遺伝医学の専門的知識を有する常勤医師1名以上および遺伝カウンセリング技術を有する者1名以上を有する。 ・ 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。

	・厚生労働大臣が指定するがんゲノム中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院、またはがんゲノム医療連携病院のいずれかの指定を受けている。
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：メトホルミン経口投与及びテモゾロミド経口投与の併用療法 膠芽腫（初発のものであって、テモゾロミド経口投与及び放射線治療の併用療法後のものに限る。）	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（脳神経外科もしくは脳脊髄腫瘍科）・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 要（日本脳神経外科学会脳神経外科専門医）・不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" 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・不要]
その他（上記以外の要件）	膠芽腫に対する治療経験が10例以上
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（脳神経外科もしくは脳脊髄腫瘍科、糖尿病内科）・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：経験年数7年以上の脳神経外科科医師が3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：経験年数5年以上の糖尿病内科科医師が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="checkbox"/> 要（薬剤師）・不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（500床以上）・不要
看護配置	<input checked="" type="checkbox"/> 要（7対1看護以上）・不要
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要（内科系または外科系医師1名以上）・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：
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要
倫理委員会による審査体制	審査開催の条件：認定臨床研究審査委員会 （再生医療等安全確保法及び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 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）・ <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。