

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：自家骨髄単核球移植による血管再生治療 全身性強皮症	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (血液内科、リウマチ内科、循環器内科、心臓血管外科のいずれか)・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (日本リウマチ学会リウマチ専門医または日本循環器学会循環器専門医または日本血液学会血液専門医または日本内科学会総合内科専門医または心臓血管外科専門医認定機構心臓血管外科専門医)・不要
当該診療科の経験年数	要 () 年以上・ <input checked="" type="checkbox"/> ※その他の要件に準ずる
当該技術の経験年数	要 () 年以上・ <input checked="" type="checkbox"/> ※その他の要件に準ずる
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="checkbox"/> ※その他の要件に準ずる [それに加え、助手又は術者として () 例以上・ <input checked="" type="checkbox"/>
その他 (上記以外の要件)	実施者〔術者〕の要件として全身性強皮症における皮膚潰瘍又はバージャー病又は閉塞性動脈硬化症、膠原病疾患による重症虚血肢に対する自家骨髄単核球細胞を用いた血管再生療法の実施経験が術者として1年以上かつ実施症例数1例以上であることを要する。
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (血液内科、リウマチ内科、循環器内科、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、リウマチ専門医又は循環器専門医又は総合内科専門医又は血液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。
他診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：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	<input checked="" type="checkbox"/> (10対1看護以上)・不要
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> (血液内科、リウマチ内科、循環器内科、心臓血管外科のいずれか1名以上 オンコール体制含む)・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"/> 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

倫理委員会による審査体制	審査開催の条件： (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	<input checked="" type="checkbox"/> (1 症例以上)・不要 自家骨髄単核球を用いた血管再生療法の経験が 1 例以上あること。(全身性強皮症における皮膚潰瘍、あるいはバージャー病、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)	
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)	

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。

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：アスピリン経口投与療法 家族性大腸腺腫症	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (消化器系の内科または外科)・不要
資格	要 ()・ <input checked="" type="checkbox"/>
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"/> (5) 年以上・不要 ただし、大腸内視鏡による腫瘍および出血の処置とアスピリンの投与の経験とする。
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="checkbox"/> ただし、大腸内視鏡による腫瘍および出血の処置とアスピリンの投与の経験について助手又は術者として2例以上の経験を有すること。
その他 (上記以外の要件)	
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (消化器系の内科または外科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：非常勤を含め2名以上。うち、日本内視鏡学会専門医1名以上。
他診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：消化器外科2名以上かつ内科2名以上 (ただし、緊急時搬送可能病院との連携がある場合は不要)
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"/>
病床数	要 (床以上)・ <input checked="" type="checkbox"/> 注) 本技術は外来処置のため
看護配置	要 (対1看護以上)・ <input checked="" type="checkbox"/>
当直体制	要 ()・ <input checked="" type="checkbox"/>
緊急手術の実施体制	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 ただし緊急時搬送可能病院との連携体制があれば不要
院内検査 (24時間実施体制)	要・ <input checked="" type="checkbox"/>
他の医療機関との連携体制 (患者容態急変時等)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 連携の具体的内容：入院施設や緊急手術体制のない医療機関の場合、緊急時搬送可能病院との連携体制が必要
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要
倫理委員会による審査体制	審査開催の条件： (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"/> ・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）	特になし
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）・ <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：高齢者切除可能膵癌に対する術前ゲムシタビン+S-1療法と術前ゲムシタビン+ナブパクリタキセル療法 切除可能膵癌 適応症：切除可能膵癌患者(70歳以上 79歳以下で術前検査により切除可能と判断される膵癌患者に限る)	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input type="checkbox"/> (消化器内科または消化器外科または腫瘍内科、またはそれらに相当する科)・不要
資格	<input type="checkbox"/> (日本消化器外科学会消化器外科専門医または日本消化器病学会消化器病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 type="checkbox"/> (10)年以上・不要
当該技術の経験年数	要 () 年以上・ <input type="checkbox"/>
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"/> [それに加え、助手又は術者として () 例以上・ <input type="checkbox"/>
その他(上記以外の要件)	なし
II. 医療機関の要件	
診療科	<input type="checkbox"/> (消化器内科もしくは消化器外科、もしくはそれらに相当する科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：膵癌に対するゲムシタビン+ナブパクリタキセル療法の実施経験を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"/> 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	<input type="checkbox"/> (200床以上)・不要
看護配置	<input type="checkbox"/> (10対1看護以上)・不要
当直体制	<input type="checkbox"/> (内科または外科の医師1名以上)・不要
緊急手術の実施体制	<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)	要・ <input type="checkbox"/> 連携の具体的内容：
医療機器の保守管理体制	<input type="checkbox"/> ・不要
倫理委員会による審査体制	該当なし
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"/>
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)	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)・ <input type="checkbox"/>
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。