

## 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：セボフルラン吸入療法 急性呼吸窮迫症候群（従来の治療法に抵抗性を有するものに限る。）	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> （ 麻酔科 ）・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> （ 日本麻酔科学会認定麻酔科専門医あるいは日本専門医機構認定麻酔科専門医 ）・不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> （ 10 ）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〕として（ ）例以上・ <input checked="" 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）	
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> （ 麻酔科 ）・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：麻酔科専門医2名以上
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）	<input checked="" type="checkbox"/> （臨床工学技士1名以上）・不要
病床数	要（ 床以上）・ <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> （ 麻酔科医常勤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
倫理委員会による審査体制	臨床研究法の対象となるため対応不要
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 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）	集中治療室(ICU)を備えていること
<b>III. その他の要件</b>	
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。

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：脊髄髄膜瘤胎児手術、胎児脊髄髄膜瘤	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (産婦人科、産科、婦人科、またはこれらに準じる科)・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (日本産科婦人科学会認定産婦人科専門医)・不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> (7) 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〕又は助手として(3)例以上
その他(上記以外の要件)	
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (産婦人科、産科、婦人科、またはこれらに準じる科かつ脳神経外科かつ小児外科かつ小児科かつ麻酔科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：実施責任医師を含む常勤の医師が2名以上
他診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：脳神経外科医(日本脳神経外科学会認定脳神経外科専門医)、小児外科医、麻酔科常勤医師各1名以上、小児科医2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"/> (薬剤師、臨床工学技士)・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"/> (産科・婦人科医師、小児科医師がそれぞれ毎日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
倫理委員会による審査体制	審査開催の条件：原則月1回の開催
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	<input checked="" type="checkbox"/> (1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)	総合周産期医療センターを設置している
<b>III. その他の要件</b>	
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。

## 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：切除不能進行または再発大腸癌における血中循環腫瘍 DNA を用いた逐次的がん遺伝子パネル検査 適応症：切除不能進行または再発大腸癌	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input type="checkbox"/> (消化器外科、消化器内科、腫瘍内科、ゲノム医療科、遺伝科またはこれらに相当する診療科)・不要
資格	要 ( )・ <input type="checkbox"/>
当該診療科の経験年数	<input type="checkbox"/> (5) 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)	
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input type="checkbox"/> (消化器外科、消化器内科、腫瘍内科、ゲノム医療科、遺伝科またはこれらに相当する診療科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：大腸癌に対する全身薬物療法の実務経験5年以上を有する常勤医師1名以上
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)	要 ( )・ <input type="checkbox"/>
病床数	要 ( 床以上)・ <input type="checkbox"/>
看護配置	要 ( 対1看護以上)・ <input type="checkbox"/>
当直体制	要 ( )・ <input type="checkbox"/>
緊急手術の実施体制	要・ <input type="checkbox"/>
院内検査 (24時間実施体制)	要・ <input type="checkbox"/>
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	要・ <input type="checkbox"/>
倫理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	要・ <input type="checkbox"/>
医療機関としての当該技術の実施症例数	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)	・厚生労働大臣が指定するがんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院もしくはがんゲノム医療連携病院であり、エキスパートパネル実施可能として指定されていること。 ・「エキスパートパネルの実施要件について」(健が発 0303 第1号 令和7年7月7日)を満たしていること。
<b>III. その他の要件</b>	

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。