

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： ・ペメトレキセド静脈内投与及びシスプラチン静脈内投与の併用療法 ・肺癌（扁平上皮肺癌及び小細胞肺癌を除き、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（呼吸器外科、呼吸器内科、腫瘍内科のいずれか）・不要
資格	<input type="checkbox"/> 要（がん治療認定医・暫定教育医、がん薬物療法専門医・指導医・暫定指導医のいずれかを有する）・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	<input type="checkbox"/> 要（ 1 ）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・ <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（呼吸器外科、呼吸器内科、腫瘍内科のいずれか）・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：3人以上
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）	要（ ）・ <input type="checkbox"/> 不要
病床数	<input type="checkbox"/> 要（150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（ ）・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	要・ <input type="checkbox"/> 不要
倫理委員会による審査体制	<input type="checkbox"/> 要・不要 審査開催の条件：少なくとも3か月に1回は開催される
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（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）	進行肺癌に対するペメトレキセドの投与経験は必要
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：解離性大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術 保存治療が困難なスタンフォードB型解離性大動脈瘤	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (心臓血管外科)・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (学会専門医)・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	<input checked="" type="checkbox"/> (10) 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・ <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)	<input checked="" type="checkbox"/> (心臓血管外科)・不要
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (心臓血管外科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：胸部大動脈瘤破裂もしくは急性大動脈解離に対する手術を5例以上経験している手術心臓血管外科常勤医師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：胸部大動脈瘤破裂もしくは急性大動脈解離に対する手術麻酔を5例以上経験している麻酔科常勤医師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"/> (臨床工学士)・不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> (100床以上、集中治療室1床以上)・不要
看護配置	<input checked="" type="checkbox"/> (対1看護以上)・不要 具体的内容：胸部大動脈瘤手術業務が可能な手術室看護師2名以上かつ術後集中治療室看護可能
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> () ・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 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	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 審査開催の条件：構成員が医師、学識経験を有する者、その他の者から構成されていること
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"/> (年間30症例以上)・不要

様式第9号（つづき）

<p>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）</p>	<p>当該技術を施行する術者はその必要要件として、胸部大動脈瘤ステントグラフト実施基準の実施医基準（申請書別添資料2：実施医基準および施設基準参照）を満たしていることに加え、術者として解離性大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術 10 症例以上の経験を要することとする。当該技術を実施する医療機関の要件として、胸部大動脈瘤ステントグラフト実施基準の実施施設基準（申請書別添資料2：実施医基準および施設基準 参照）を満たしていることとする。</p>
<p>Ⅲ. その他の要件</p>	
<p>頻回の実績報告</p>	<p>要（ 月間又は 症例までは、毎月報告）・不要</p>
<p>その他（上記以外の要件）</p>	

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：術前のホルモン療法及びゾレドロン酸投与の併用療法 閉経後のホルモン感受性の乳がん（長径が5センチメートル以下であって、リンパ節転移及び遠隔転移しておらず、かつ、エストロゲン受容体が陽性であって、HER2が陰性のものに限る。）	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input type="checkbox"/> (外科、乳腺外科、乳腺科に準ずる診療科)・不要
資格	<input type="checkbox"/> (乳癌学会、臨床腫瘍学会、外科学会等関連学会の認定医、専門医、指導医。またはがん治療認定医)・不要
当該診療科の経験年数	要 () 年以上・ <input type="checkbox"/> 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"/> (外科、乳腺外科、乳腺科に準ずる診療科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	要・ <input type="checkbox"/> 不要 具体的内容：
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"/> (薬剤師)・不要
病床数	要 () 床以上)・ <input type="checkbox"/> 不要
看護配置	要 () 対1看護以上)・ <input type="checkbox"/> 不要
当直体制	<input type="checkbox"/> ()・不要
緊急手術の実施体制	要・ <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 不要 連携の具体的内容：有害事象発生時等の急変時の受け入れ
医療機器の保守管理体制	要・ <input type="checkbox"/> 不要
倫理審査委員会による審査体制	審査開催の条件：臨床研究に関する倫理指針に従う。
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"/> 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。