

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：腹腔鏡下センチネルリンパ節生検 早期胃がん	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> ( 消化器外科 ) ・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"/> ( 10 ) 年以上 ・ 不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> ( 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 ( 30 ) 例以上 ・ 不要 [それに加え、助手又は術者として ( ) 例以上 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> ( 消化器外科 ) ・ 不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 不要 具体的内容：5名以上
他診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 不要 具体的内容：試験に参加する病理・放射線科医師は 必須とする
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"/> ( 10 対 1 看護以上 ) ・ 不要
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)	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 不要 連携の具体的内容：患者容態急変時の対応・受け入れ等 ただし、自施設で対応可能であれば不要
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	審査開催の条件：試験開始時及び重大な有害事象発生時
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"/> ( 30 症例以上 ) ・ 不要
その他 (上記以外の要件、例；遺伝カク セリングの実施体制が必要 等)	本試験の参加施設は SNNS 研究会主導による多施設共同臨床 試験「胃癌におけるセンチネルリンパ節を指標としたリンパ節転 移診断に関する臨床試験」に参加した施設、または SN 生検に十 分な経験を有する施設。また、医療機関としての条件について、 30 例以上の十分な経験を有する実施者が在籍する施設に関して はその実施を許容する
<b>III. その他の要件</b>	
頻回の実績報告	不要
その他 (上記以外の要件)	症例登録・管理は EDC を用いて行い適宜モニタリングする

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。

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：アルテプラゼ静脈内投与による血栓溶解療法 急性脳梗塞（当該疾病の症状の発症時刻が明らかでない場合に限る）	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（脳血管内科,神経内科もしくは脳神経外科）・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 要（専門医資格(脳卒中専門医)）・不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（5）年以上・不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（2）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 <input type="checkbox"/> 不要 [それに加え、助手又は術者として <input type="checkbox"/> 不要]
その他（上記以外の要件）	発症 4.5 時間以内の脳梗塞への rt-PA 静注療法治療件数 10 例以上
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（脳血管内科,神経内科もしくは脳神経外科）・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：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：脳神経外科 2 名以上（必ずしも実施科に含まれない）
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 1 名以上）・不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（100 床以上）・不要
看護配置	<input checked="" type="checkbox"/> 要（10 対 1 看護以上）・不要
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要（脳血管内科,脳神経内科もしくは脳神経外科 1 名以上が在院または自宅待機）・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）	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要 連携の具体的内容：24 時間体制で緊急受入可能な連携
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要
倫理審査委員会による審査体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要 審査開催の条件：臨床研究に関する倫理指針を遵守して開催していること
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（ 例/年以上）・ <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）	発症 4.5 時間以内の脳梗塞への rt-PA 静注療法治療件数 10 例以上
<b>III. その他の要件</b>	
頻回の実績報告	要（ ）・ <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。

## 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：放射線照射前に大量メトトレキサート療法を行った後のテモゾロミド内服投与及び放射線治療の併用療法並びにテモゾロミド内服投与の維持療法 初発の中脳神経系原発悪性リンパ腫(病理学的見地からびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫であると確認されたものであって、原発部位が脳、小脳又は脳幹であるものに限る。)	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input type="checkbox"/> 要 (脳神経外科あるいは血液腫瘍科) ・不要
資格	<input type="checkbox"/> 要 (日本脳神経外科学会専門医、またはがん治療認定医機構認定医) ・不要
当該診療科の経験年数	<input type="checkbox"/> 要 (6) 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)	悪性神経膠腫および中枢神経系原発悪性リンパ腫 (PCNSL) の化学療法経験症例数が 10 例以上である。
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input type="checkbox"/> 要 (脳神経外科あるいは血液腫瘍科を有するかつ、放射線治療科を有する) ・不要
実施診療科の医師数 注 2)	<input type="checkbox"/> 要 ・不要 具体的内容：実施責任医師を含む 1 名以上。但し、1 名の場合には実施責任医師の要件を満たす医師が所属する連携病院があること。
他診療科の医師数 注 2)	<input type="checkbox"/> 要 ・不要 具体的内容：放射線治療医師が 1 名以上必要
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 (薬剤師、診療放射線技師) ・不要
病床数	<input type="checkbox"/> 要 ( 100 床以上) ・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"/> 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)	<input type="checkbox"/> 要 ・不要 連携の具体的内容：有害事象発生時他急変時の受入れ ただし自施設で対応可能な場合は、不要も可。
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"/> 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)	なし
<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)	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：FDG を用いたポジトロン断層撮影によるアルツハイマー病の診断 適応症：アルツハイマー病	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="radio"/> (要) (放射線科、神経内科あるいは精神科) ・ 不要
資格	<input checked="" type="radio"/> (要) (放射線科については放射線診断専門医／核医学専門医 神経内科については神経内科専門医／精神科については精神科専門医) ・ 不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="radio"/> (要) ( 7 ) 年以上 ・ 不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="radio"/> (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 ( 5 ) 例以上 ・ 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)	
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="radio"/> (要) ( 放射線科、神経内科あるいは精神科 ) ・ 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：放射線科は放射線診断専門医／核医学専門医 1 名以上 神経内科は神経内科専門医 1 名以上／精神科は精神科専門医 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"/> (要) (診療放射線技師、薬剤師) ・ 不要
病床数	<input checked="" type="radio"/> (要) ( 100 床以上) ・ <input checked="" type="radio"/> (不要)
看護配置	要 ( 対 1 看護以上) ・ <input checked="" type="radio"/> (不要)
当直体制	要 ( ) ・ <input checked="" type="radio"/> (不要)
緊急手術の実施体制	要 ・ <input checked="" type="radio"/> (不要)
院内検査 (24 時間実施体制)	要 ・ <input checked="" type="radio"/> (不要)
他の医療機関との連携体制 (患者容態急変時等)	<input checked="" type="radio"/> (要) ・ 不要 連携の具体的内容：自施設でできる施設は不要とする。
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： 定期的開催 (1 回/月)
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	<input checked="" type="radio"/> (要) ( 5 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)	
<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="radio"/> (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： 先進医療の名称：術前の S-1 内服投与、シスプラチン静脈内投与及びトラスツズマブ静脈内投与の併用療法 適応症：切除が可能な高度リンパ節転移を伴う胃がん（HER2 が陽性のものに限る。）	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（外科 もしくは 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"/> 要（ 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〕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・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要]
その他（上記以外の要件）	なし
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（外科、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：日本消化器外科学会専門医 1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"/> 要（薬剤師、看護師）・不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（100床以上）・不要
看護配置	要（ 対1看護以上）・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要（外科 もしくは 内科）・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 checked="" 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 checked="" 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：2か月に1回以上
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 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）	・トラスツズマブの使用経験〔単独使用を含む〕を1例以上有する医師を1名以上実施者として含む。 ・化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務している。
<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）	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。

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：自己心膜及び弁形成リングを用いた僧帽弁置換術 僧帽弁閉鎖不全症（感染性心内膜炎により僧帽弁両尖が破壊されているもの又は僧帽弁形成術を実施した日から起算して六ヶ月以上経過した患者（再手術の適応が認められる患者に限る。）に係るものに限る。）	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（心臓血管外科または心臓外科）・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 要（心臓血管外科専門医）・不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（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〕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"/> 要（心臓血管外科または心臓外科）・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：僧帽弁形成術の経験年数5年以上の心臓血管外科医師が2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：僧帽弁形成術の術中経食道エコー評価の経験2年以上の循環器内科医師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"/> 要（心臓血管外科手術に対応できる臨床工学技師）・不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（100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（循環器内科1名、心臓血管外科1名、（心臓血管外科手術に対応できる臨床工学技士1名）、それに加え緊急手術を実施出来るオンコール体制とすること）・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）	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要 連携の具体的内容： 実施施設で対応不可能な診療科の受診が必要な場合は各施設連携病院に対応を依頼する。
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要
倫理審査委員会による審査体制	審査開催の条件：4回/年以上 臨時・緊急開催 可
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 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）	
<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）	下記の条件を満たしていること 1)僧帽弁形成手術年間20症例以上実施 2)心臓血管外科修練認定施設 3)日本成人心臓血管外科手術データベース(JACVSD)参加施設 4)実施医は僧帽弁形成手術通算50症例以上の経験を有すること

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：テモゾロミド用量強化療法 膠芽腫（初発時の初期治療後に再発又は増悪したものに限る。）

I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input type="checkbox"/> 要 (脳神経外科、脳脊髄腫瘍科または相当の科)・不要
資格	<input type="checkbox"/> 要 (日本脳神経外科学会専門医、あるいは日本がん治療認定医機構がん治療認定医)・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	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・ <input type="checkbox"/> 不要]
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"/> 要 (脳神経外科、脳脊髄腫瘍科または相当の科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：日本脳神経外科学会専門医1名以上、かつ、日本がん治療認定医機構がん治療認定医1名以上
他診療科の医師数 注2)	<input type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：内科医師が1名以上必要
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 (薬剤師、診療放射線技師)・不要
病床数	<input type="checkbox"/> 要 (100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 (診療科問わず医師1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、必要時の随時開催体制有
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)	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)	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：内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下広汎子宮全摘術 子宮頸がん（FIGOによる臨床進行期分類がIB期以上及びII B期以下の扁平上皮がん又はFIGOによる臨床進行期分類がIA2期以上及びII B期以下の腺がんであって、リンパ節転移及び腹腔内臓器に転移していないものに限る。）	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（産科・婦人科）・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 要（日本産科婦人科学会専門医）・不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（5）年以上・不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（1）年以上・不要
当該技術の経験症例数 注1)	<input checked="" type="checkbox"/> 実施者〔術者〕として（5）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）	腹腔鏡手術の経験を2年以上要する
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（産科・婦人科あるいは婦人科）・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：日本産科婦人科学会専門医の常勤医師1名以上及び日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医の常勤医師1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：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"/> 要（常勤臨床工学技士1名以上）・不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（100床以上）・不要
看護配置	<input checked="" type="checkbox"/> 要（10対1看護以上）・不要
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要（産科・婦人科・麻酔科）・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）	<input checked="" type="checkbox"/> 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
倫理審査委員会による審査体制	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要 審査開催の条件：毎月を原則とする（迅速審査を含め）
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"/> 要（5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）	10例以上のロボット支援悪性子宮全摘出術を要する。開腹広汎子宮全摘出術を含めて年間15例以上の子宮癌手術を施行している。
<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 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：重粒子線治療 非小細胞肺癌（ステージがI期であって、肺の末梢に位置するものであり、かつ肺切除術が困難なものに限る。）	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 要（放射線科又は放射線治療科又は放射線治療部又はその相当科）・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 要（日本医学放射線学会・日本放射線腫瘍学会共同認定放射線治療専門医）・不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（10）年以上・不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 要（2）年以上・不要 但し、放射線治療（4門以上の照射，運動照射，原体照射又は強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射に限る）による療養について1年以上の経験を有する者については，1年以上とする。
当該技術の経験症例数 注1)	重粒子線治療を主として実施する医師又は補助を行う医師として10例以上の症例を実施しており，そのうち重粒子線治療を主として実施する医師として5例以上の症例を実施していること。
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"/> 要（放射線科又は放射線治療科又は放射線治療部又はその相当科）・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：日本医学放射線学会・日本放射線腫瘍学会共同認定放射線治療専門医を含め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"/> 要（①と②をいずれも満たす）・不要 ①病院内に日本放射線治療専門放射線技師認定機構の定める放射線治療専門放射線技師を含む専従の診療放射線技師が3人以上配置されていること。重粒子線治療室1室あたり2名以上の診療放射線技師が配置されていること。 ②放射線治療に専従する常勤の医学物理士認定機構認定医学物理士が1名以上配置されていること。
病床数	要（ ）床以上）・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
看護配置	<input checked="" type="checkbox"/> 要（放射線治療専従の看護師1名以上）・不要
当直体制	要（ ））・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
緊急手術の実施体制	要・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要
院内検査（24時間実施体制）	要・ <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）	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要 連携の具体的内容：近隣の大学病院ならびに総合病院と診療上の

	連携体制が確立していること。
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> 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ヵ月 1回以上に加え、要時開催されている。
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"/> 要 ( 10 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)	<p>「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成 26 年 1 月 10 日健発 0110 第 7 号)に準拠した複数の診療科で構成されるがん診療連携拠点病院等の連携にてその機能を果たすことができるように対応すること。また、病院間の連携が可能であることを文書にて示せること。</p> <p>なお、本試験の対象患者の選定においては呼吸器外科、専らがんを診療する呼吸器内科及び放射線治療の医師を含むがん診療連携拠点病院において検討を行う体制が必要。</p>
<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。