

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；遺伝カカ セリ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：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：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。

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：ハイパードライヒト乾燥羊膜を用いた外科的再建術 再発翼状片（増殖組織が角膜輪部を越えるものに限る。）；難治性眼表面疾患患者（再発翼状片）	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> （眼科）・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> （日本眼科学会専門医）・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	<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（2）例以上・不要 〔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）	凍結保存羊膜の移植術実施経験(類似技術)を上記の当該技術の経験とみなす。
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> （眼科かつ産婦人科）・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：経験年数5年以上の眼科医3名以上
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3年以上の産科婦人科医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、衛生検査技士または臨床検査技師）・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"/> （眼科科1人以上またはオンコールによって緊急時に対応できること）・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"/> 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	審査開催の条件：隔月で1回以上倫理審査会を行っている。
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"/> （2 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）	凍結保存羊膜の移植術実施経験(類似技術)を上記の当該技術の経験とみなす。その他は別紙①参照
<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"/>
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。

## 別紙①

### HD 羊膜を製造する施設

#### 1) 施設

- ・日本角膜学会の「羊膜取扱いガイドライン 2014」を遵守できる体制を構築した施設（実務経験を1年以上有する組織移植コーディネーター同伴でICを得る等）であること
- ・分娩を扱う産婦人科を有する
- ・病院内に羊膜を乾燥させる為のクリーンルームを有し、その中に乾燥と同時に殺菌効果をもつ器機（ハイパードライ乾燥装置）を設置している

#### 2) 乾燥方法

- ・「乾燥羊膜及び羊膜の乾燥処理方法：特許第4977345号」、「乾燥羊膜からなる眼表面の再建用医療材料：特許第5092119号」に記載された、①減圧、②マイクロウェーブ照射、③遠赤外線照射をコントロールして乾燥させる（ハイパードライ法により乾燥させる）。

#### 3) 施術医師

- ・凍結羊膜を含む「羊膜移植」技術あるいは乾燥羊膜を使用する治療経験を有し、MMCの術中経験がある者。

### HD 羊膜を使用して治療を行う施設

#### 1) 施設

- ・分娩を扱う産婦人科は存在しなくとも良い
- ・各科緊急時に対応可能な体制

#### 2) 施術医師

- ・凍結羊膜を含む「羊膜移植」技術あるいは乾燥羊膜を使用する治療経験を有し、MMCの術中経験がある者。

以上

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：水素ガス吸入療法 心停止後症候群（院外における心停止後に院外又は救急外来において自己心拍が再開し、かつ、心原性心停止が推定されるものに限る。）	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	要（救急科・救命救急センター・集中治療科またはそれに準ずる診療部門）・不要
資格	要（日本救急医学会救急科専門医）・不要
当該診療科の経験年数	要（15）年以上・不要
当該技術の経験年数	要（ ）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・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）	酸素は中央配管から供給され、試験ガスは充填されたボンベから行われる。配管とボンベ残量の点検について説明を受け、自立して実施できること。
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	要（救急科・救命救急センター・集中治療科またはそれに準ずる診療部門）・不要
実施診療科の医師数 注2)	要・不要 具体的内容：日本救急医学会救急科専門医（あるいは日本専門医機構救急科専門医）または日本集中治療医学会集中治療専門医が計2名以上常勤していること
他診療科の医師数 注2)	要・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（臨床工学技士）・不要
病床数	要（300床以上）・不要
看護配置	要（7対1看護以上）・不要
当直体制	要（日本救急医学会専門医指定施設または日本集中治療医学会専門医研修施設であって救急集中治療が24時間体制で行えること）・不要
緊急手術の実施体制	要・不要
院内検査（24時間実施体制）	要・不要
他の医療機関との連携体制（患者容態急変時等）	要・不要 連携の具体的内容：
医療機器の保守管理体制	要・不要
倫理審査委員会による審査体制	審査開催の条件：原則月1回開催されていること。
医療安全管理委員会の設置	要・不要
医療機関としての当該技術の実施症例数	要・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）	体温管理療法を実施している医療機関であること。
<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）・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：術後のカペシタビン内服投与及びオキサリプラチン静脈内投与の併用療法 小腸腺がん（ステージが I 期、II 期又は III 期であって、肉眼による観察及び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。）	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	要（消化器領域の外科もしくは内科）・不要
資格	要（日本臨床腫瘍学会；薬物療法専門医以上（指導医を含む）、または、日本がん治療認定機構；がん治療認定医以上（教育医を含む））・不要
当該診療科の経験年数	要（5）年以上・不要
当該技術の経験年数	要（ ）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・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）	なし
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	要（消化器領域の外科もしくは内科）・不要
実施診療科の医師数 注 2)	要・不要 具体的内容： ・カペシタビン+オキサリプラチン（CAPOX）療法の 実施経験（対象疾患は問わない）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 年以上有する常勤医師が 実施責任者または実施者に 1 名以上含まれている。
他診療科の医師数 注 2)	要・不要 具体的内容：
その他の医療従事者の配置 （薬剤師、臨床工学技士等）	要（薬剤師）・不要
病床数	要（100 床以上）・不要
看護配置	要（入院は不要、外来には 1 名以上必要）・不要
当直体制	要（外科系または内科系医師 1 名以上）・不要
緊急手術の実施体制	要・不要
院内検査（24 時間体制）	要・不要
他の医療機関との連携体制 （患者容態急変時）	要・不要 連携の具体的内容：
医療機器の保守管理体制	要・不要
倫理審査委員会の審査体制	審査開催の条件：2 か月に 1 回以上かつ随時開催体制有
医療安全管理委員会の設置	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）・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）・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。

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：S-1内服投与、シスプラチン静脈内投与及びパクリタキセル腹腔内投与の併用療法 腹膜播種を伴う初発の胃がん	
<b>I. 実施責任医師の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (消化器内科若しくはそれに相当の内科、腫瘍内科若しくはそれに相当する診療科または消化器外科若しくはそれに相当の外科)・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (日本外科学会専門医制度による外科専門医、日本内科学会認定総合内科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	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)	レジメンを問わない抗癌剤腹腔内投与の経験1例以上
<b>II. 医療機関の要件</b>	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (消化器内科若しくはそれに相当の内科、腫瘍内科若しくはそれに相当する診療科または消化器外科若しくはそれに相当の外科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：経験年数10年以上の医師が3名以上
他診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：麻酔科の常勤医師が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"/> (薬剤師 )・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"/> (外科 または 内科)・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	審査開催の条件：2ヵ月に1回以上
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)	
<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)・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：陽子線治療 根治切除が可能な肝細胞がん（初発のものであり、単独で発生したものであって、その長径が三センチメートルを超え、かつ、十二センチメートル未満のものに限る。）		
<b>I. 実施責任医師の要件</b>		
	<b>陽子線治療の要件</b>	<b>外科的治療の要件</b>
診療科	<input type="checkbox"/> 要（放射線治療科またはそれに相当する科）・不要	該当無し
資格	<input type="checkbox"/> 要（放射線治療専門医）・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	<input type="checkbox"/> 要（）年以上・不要 ※陽子線治療について2年以上 ※但し放射線治療（4門以上の照射，運動照射，原体照射または強度変調放射線治療（IMRT）による対外照射に限る）による療養について1年以上の経験を有するものは陽子線治療についての経験は1年以上	
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 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 type="checkbox"/> 要（放射線治療科またはそれに相当する科および外科または内科）	<input type="checkbox"/> 要（肝胆膵外科または相当する科）
実施診療科の医師数 注2)	<input type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：放射線治療専従の常勤医師が2名以上配置されていること。うち1名は放射線治療専門医であること	<input type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：手術担当責任医を以下のように規定する。 ①開腹手術担当責任医 以下のいずれかを満たす。 a)日本肝胆膵外科学会 高度技能指導医 b)日本肝胆膵外科学会 高度技能専門医 c)開腹肝切除の経験を20例以上有する消化器外科専門医。 ②腹腔鏡下手術担当責任医 以下を満たす。 a)腹腔鏡下肝切除の経験を10例以上かつ開腹肝切除の経験を20例以上有する消化器外科専門医
他診療科の医師数 注2)	<input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要 具体的内容：	<input type="checkbox"/> 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"/> 要（医学物理士、診療放射線技師） 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技師を含む専従の診療放射線技師が3名以上配置されていること	<input type="checkbox"/> 要（）・ <input type="checkbox"/> 不要

様式第9号

	②陽子線治療室 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 ③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) ・不要	要 (100 床以上) ・不要
看護配置	要 ( 対 1 看護以上) ・不要 ※放射線治療に専従する看護師が配置されている。 (がん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師であることが望ましい。)	要 (10 対 1 以上) ・不要
当直体制	要 ( ) ・不要	要 (診療科は問わない) ・不要
緊急手術の実施体制	要 ・不要	要 ・不要 (夜間帯はオンコール体制可とする)
院内検査 (24 時間実施体制)	要 ・不要	要 ・不要 (夜間帯はオンコール体制可とする)
他の医療機関との連携体制 (患者対応等)	要 ・不要 連携の具体的内容：自施設で「がん診療連携拠点病院等の整備について」(健発 0110 第 7 号 平成 26 年 1 月 10 日) 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。	要 ・不要 連携の具体的内容：自施設で「がん診療連携拠点病院等の整備について」(健発 0110 第 7 号 平成 26 年 1 月 10 日) 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。
医療機器の保守管理体制	要 ・不要	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、随時審査の体制有	審査開催の条件：2 か月に 1 回以上、随時審査の体制有
医療安全管理委員会の設置	要 ・不要	要 ・不要
医療機関としての当該技術の実施症例数	要 (10 症例以上) ・不要	要 ( ) ・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)	「がん診療連携拠点病院等の整備について」(健発 0110 第 7 号 平成 26 年 1 月 10 日) に準拠した、肝胆膵外科、肝胆膵内科、放射線治療科、放射線診断科を含む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。 (注) 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。 (注) キャンサーボードの目的、方針、業務、構成メンバー、開催日程、記録の作成、保管法、などを指針もしくは規定として文書化していること。	「がん診療連携拠点病院等の整備について」(健発 0110 第 7 号 平成 26 年 1 月 10 日) に準拠した、肝胆膵外科、肝胆膵内科、放射線治療科、放射線診断科を含む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。 (注) キャンサーボードの目的、方針、業務、構成メンバー、開催日程、記録の作成、保管法、などを指針もしくは規定として文書化していること。
<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) ・不要	要 ( 月間又は 症例までは、毎月報告) ・不要

## 様式第9号

その他（上記以外の要件）	日本放射線腫瘍学会指定のデータベースへの全例登録を行い、当該学会調査・指導（治療方針遵守、安全管理体制説明同意書等）に応じること。日本放射線腫瘍学会が作成した疾患・病態ごとの統一治療方針に準拠した治療を行い、日本放射線腫瘍学会への定期的な実施報告（有効性、安全性、カンサーボード開催歴等）を行うこと。	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。