

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：全身性エリテマトーデス患者における初回副腎皮質ホルモン治療に続発する大腿骨頭壊死症発生抑制治療 全身性エリテマトーデス患者における初回副腎皮質ホルモン治療に続発する大腿骨頭壊死症の発生抑制	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="radio"/> 要 (整形外科または内科 (リウマチ・膠原病内科))・不要
資格	要 ()・ <input checked="" type="radio"/> 不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="radio"/> 要 (3) 年以上・不要
当該技術の経験年数	要 () 年以上・ <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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)	全身性エリテマトーデスあるいは大腿骨頭壊死症の診療経験 3 年以上 (本試験で用いる 3 剤併用投与の経験は問わない)
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="radio"/> 要 (整形外科または内科 (リウマチ・膠原病内科))・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：全身性エリテマトーデスの診療経験 3 年以上の整形外科または内科 (リウマチ・膠原病内科) 医師が 2 名以上
他診療科の医師数 注2)	要・ <input checked="" type="radio"/> 不要
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 (薬剤師、放射線技師、臨床検査技師)・不要
病床数	<input checked="" type="radio"/> 要 (100床以上)・不要
看護配置	<input checked="" type="radio"/> 要 (10対1看護以上)・不要
当直体制	<input checked="" type="radio"/> 要 (医師による 24 時間体制)・不要
緊急手術の実施体制	<input checked="" type="radio"/> 要・不要
院内検査 (24 時間実施体制)	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 要・不要 連携の具体的内容：容態急変時には他の医療機関に救急搬送可能であること。ただし自院で対応可能な場合は不要。
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	<input checked="" type="radio"/> 要・不要 審査開催の条件：先進医療申請時及び内容変更時
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	要 () 症例以上)・ <input checked="" type="radio"/> 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 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。