

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：シクロホスファミド静脈内投与療法	
適応症：成人T細胞白血病（末梢血幹細胞の非血縁者間移植が行われたものに限る。）	
・実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> （血液内科またはそれに準ずる科）・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> （日本造血細胞移植学会造血細胞移植認定医）・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）	<input checked="" type="checkbox"/> 実施者〔術者〕として（1）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）	なし
・医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> （血液内科またはそれに準ずる科）・不要
実施診療科の医師数 注2）	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：当該技術 の経験年数 1 年以上の日本造血細胞移植学会造血細胞移植認定医が1名以上(実施責任医師を含めず)
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）	<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"/> （7対1看護以上）・不要
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> （内科系当直医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 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
倫理委員会による審査体制	審査開催の条件： 特定臨床研究のため記載なし
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"/> （3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）	日本骨髄バンクの非血縁者間末梢血幹細胞移植認定施設
・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"/>
その他（上記以外の要件）	

移植片対宿主病予防に「移植後シクロホスファミド」を用いた同種造血幹細胞移植(疾患やドナーは問わない)の実績を示す。

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 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。