

## 造血幹細胞移植医療体制整備事業 実施医療機関要件

### 1. 医療施設

確認欄  
(○、×)

- |                                                              |   |
|--------------------------------------------------------------|---|
| (1) 骨髄・末梢血幹細胞提供あっせん事業者における、採取施設認定、移植診療科認定の全ての認定を受けている医療機関である | □ |
| (2) 造血幹細胞提供支援機関に登録している臍帯血移植医療機関である                           | □ |

### 2. 診療実績等

- |                                                                                                                    |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| (1) 同種移植、同種骨髄移植、同種末梢血幹細胞移植、同種臍帯血移植それぞれについて、造血幹細胞移植推進拠点病院に求められる要件に記載の件数以上を行っていること（2012年1月～2014年12月までの3年間の実績）→様式2に記入 | □ |
| (2) 常勤の日本血液学会認定血液専門医が造血幹細胞移植を実施している診療科ごとに複数名在籍すること →様式2に記入                                                         | □ |
| (3) 移植のみならず感染症管理などのために、個室も含め病棟全体としての感染症対策、移植チームとしての対応などがとれていること →感染症対策の状況について様式3に記載                                | □ |
| (4) 学会のフォローアップ事業に積極的に協力していること                                                                                      | □ |
| (5) 診療実績、治療成績について、学会、HP等で公開し第三者の視点をいれるといった方針を医療機関として有していること                                                        | □ |
| (6) 移植後の長期的なフォローの体制がとれていること →移植後のフォローの体制について様式3に記載                                                                 | □ |
| (7) 他の専門医療機関からの患者の受け入れや、特定の治療法が必要な患者の他の専門医療機関への紹介など、関係医療機関と連携がとれていること →連携体制について様式3に記載                              | □ |

### 3. 人材養成の取り組み等

- |                                                                      |   |
|----------------------------------------------------------------------|---|
| (1) 移植に係わる医療従事者が定期的にカンファレンスを実施するなど、チーム医療を実践していること →チーム医療体制について様式3に記載 | □ |
| (2) 他の医療機関から経験の少ない医師等を積極的に受け入れていること →様式2に記入                          | □ |
| (3) 他の医療機関に必要なに応じて医師を派遣するなどの体制がとれていること →様式2に記入                       | □ |

### 4. 早期採取の取り組み等

- |                                                                                                               |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| (1) 同種骨髄採取、同種末梢血幹細胞採取それぞれについて、造血幹細胞移植推進拠点病院に求められる要件に記載の件数以上を行っていること（2012年1月～2014年12月までの3年間の実績）行っていること →様式2に記入 | □ |
| (2) 造血細胞移植学会認定（又は仮認定）のHCTC又は同程度の経験を有し、平成28年度中には同認定を得る予定である者を配置していること →様式2に記入                                  | □ |
| (3) 特に早期の骨髄移植が必要なケースについては、採取のために定期的に手術室の枠を確保しているなど、採取行程が中央値（77日）より大幅に短縮して採取が行える体制を整えていること →早期採取の体制について様式3に記載  | □ |