

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：脳性麻痺に対する自家臍帯血由来有核細胞輸血 脳性麻痺	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	☒ (小児科) ・不要
資格	☒ (日本専門医機構認定小児科専門医 [国内専門医]) ・不要
当該診療科の経験年数	☒ (3) 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 (1) 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)	
II. 医療機関の要件	
診療科	☒ (小児科) ・不要
実施診療科の医師数 注2)	☒ ・ 不要 具体的内容：経験年数5年以上の小児科医師が2名以上
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)	☒ (産婦人科医師、放射線科医師、臨床心理士、 理学療法士、臨床検査技師) ・ 不要
病床数	☒ (200 床以上) ・ 不要
看護配置	☒ (7 対 1 看護以上) ・ 不要
当直体制	☒ (小児科医 (オンコールを含む)) ・ 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)	☒ ・ 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：自施設で対応不可の場合は要
医療機器の保守管理体制	☒ ・ 不要
倫理委員会による審査体制	審査開催の条件： (再生医療等安全確保法及び臨床研究法に基づく研究においては、本項の記載は不要)
医療安全管理委員会の設置	☒ ・ 不要
医療機関としての当該技術の実施症例数	☒ (1 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)	
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) ・ ☒ 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。