

様式第9号

先進医療名及び適応症：バージャー病に対する自己骨髄単核球細胞を用いた血管再生療法 バージャー病による重症虚血肢	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (循環器内科、膠原病免疫内科、心臓血管外科のいずれか)・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (循環器内科又は総合内科専門医又は心臓血管外科専門医)・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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 〕
その他(上記以外の要件)	バージャー病以外の疾患に対する自家骨髄単核球細胞を用いた血管再生療法の経験が術者として5例以上あること。
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (循環器内科、膠原病免疫内科、心臓血管外科のいずれか)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 具体的内容：実施診療科において、循環器内科又は総合内科専門医又は心臓血管外科専門医が2名以上常勤として配置されていること。また、血管再生治療の経験年数として3年以上有する医師が1名以上いること。
他診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・不要 経験年数5年以上の麻酔科医が1名以上いること。
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"/> (輸血を実施する部門が設置され、常勤の医療従事者が配置されていること。)・不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> (200床以上)・不要
看護配置	要 (対1看護以上)・ <input type="checkbox"/>
当直体制	<input checked="" type="checkbox"/> (循環器内科、膠原病免疫内科、心臓血管外科のいずれか)・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：3ヵ月に1回以上及び必要時開催が可能な施設

医療安全管理委員会の設置	<input checked="" type="checkbox"/> 要・不要
医療機関としての当該技術の実施症例数	<input checked="" type="checkbox"/> (5 症例以上)・不要 自家骨髄単核球細胞を用いた血管再生療法の経験が 5 例以上あること。(バージャー病、閉塞性動脈硬化症、膠原病疾患による重症虚血肢)
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="checkbox"/> 不要
その他(上記以外の要件)	

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

- 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。