

非血縁者間造血幹細胞移植を施行する診療科の認定基準【新旧対照表】

旧（改定前） 【改定箇所の下線】	新（2024年4月1日施行版）※改定のあった条項のみ記載 【赤字：新規追加／赤字下線：文言変更】	評価方法
1 認定基準の目的と運用		
1.1 これは、「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」に規定されている、国に許可された骨髄・末梢血幹細胞提供あっせん事業者（骨髄バンク）及び臍帯血供給事業者（さい帯血バンク）から提供される造血幹細胞を用いて移植を施行する施設を認定するための基準である。この基準は、多数の移植施設が移植を施行している我が国の造血幹細胞移植医療の現状を踏まえ、ドナーの善意である非血縁者から提供される造血幹細胞の適切な使用を担保するとともに、造血幹細胞移植医療全体の質の向上と均てん化を目指すものである。		
1.2 移植施設の認定および認定更新の可否は、日本造血・免疫細胞療法学会（JSTCT）の移植施設認定委員会によって決定され、認定に必要な具体的作業は、日本骨髄バンク（JMDP）、日本造血細胞移植データセンター（JDCHCT）および日本赤十字社（造血幹細胞提供支援機関）と連携して進められる。	1.2 移植施設の認定および認定更新の可否は、日本造血・免疫細胞療法学会（JSTCT）の移植施設認定委員会（以下、「移植施設認定委員会」という）によって決定され、 <b>理事会で承認する</b> 。認定に必要な具体的作業は、日本骨髄バンク（JMDP）、日本造血細胞移植データセンター（JDCHCT）および日本赤十字社（造血幹細胞提供支援機関）と連携して進められる。	
1.3 ここに記載される要件は、移植施設、移植チームの構成と人員、移植実績、その他の関連事項に関して、現時点で非血縁者の造血幹細胞を用いた移植を施行する施設が備えるべき基準が記載されている。		
1.4 この認定基準は、これまでの基準で認定あるいは登録された全ての移植施設及び新規の移植施設に適用される。	1.4 この認定基準は、これまでの基準で認定あるいは登録された全ての移植施設及び新規の移植施設に <b>診療科単位</b> で適用される。 <b>認定された診療科は移植認定診療科と呼称される</b> 。	
	1.5 移植認定診療科の認定期間は、認定日から認定日以後最初の4月1日から始まる年度の3月31日までとする。ただし、認定日が4月1日の場合は翌年の3月31日までとする。	
	1.6 新たに本認定基準による認定を受けようとする診療科は、所定の様式、方法で日本造血・免疫細胞療法学会（JSTCT）に申請し、審査を受けなければならない。手続きの詳細および手続きにかかる費用（申請診療科が負担する費用）は移植施設認定委員会で別に定める。	
	1.7 移植認定診療科は、認定更新手続きとして、原則、初回認定期間終了時（または更新調査後の初回認定期間終了時）に1回、以後1年ごとに3回、年次調査を受けなければならない。初回認定期間終了時（または更新調査後の初回認定期間終了時）を起点に4年ごとに1回、更新調査を受けなければならない。手続きの詳細および手続きにかかる費用（移植認定診療科が負担する費用）は移植施設認定委員会で別に定める。	
1.5 認定は段階的に進められる。 <u>1. 現時点では多くの移植施設が満たすことが困難な基準も含まれていることを勘案し、まずそれらの基準(具体的には認定医、看護師、HCTCに関する基準)を除いた基準を満たす施設を認定更新し、その後の一定期間(移行期間)を経て、すべての基準を満たした施設を最終的に移植施設と</u>	1.8 <u>移植認定診療科は、本認定基準の達成度、達成内容によって、以下の認定カテゴリーに区分される。</u> <u>1. 本認定基準のうち、基準 3.2.1、基準 3.3.1、基準 3.3.2、基準 3.4.3 のいずれの基準についても条項 1 を満たし、かつ、その他の全ての基準を満たした診療科を認定カテゴリー1とする。</u>	

非血縁者間造血幹細胞移植を施行する診療科の認定基準【新旧対照表】

旧（改定前） 【改定箇所の下線】	新（2024年4月1日施行版）※改定のあった条項のみ記載 【赤字：新規追加／赤字下線：文言変更】	評価方法
<p>して認定する。</p> <p>2. 移植件数以外の1.5の1に定めるすべての基準を満たし、かつ採取件数において十分な貢献をしている施設は <b>Low volume center</b> として認定する。非血縁者造血幹細胞の提供にあたって <b>Low volume center</b> は、当該施設で施行を予定する非血縁者間移植ごとに、当該施設で施行する理由（時間的余裕がなく他施設への紹介が医学的見地から適切でない等）を提出することを必須条件とする。</p>	<p>2. <u>本認定基準のうち、基準 3.2.1、基準 3.3.1、基準 3.3.2、基準 3.4.3 のいずれかまたは全部の基準について条項 1 を満たさないが、条項 2 は満たし、かつ、その他の全ての基準を満たした診療科を認定カテゴリー2 とする。</u></p> <p>3. <u>本認定基準のうち、基準 4.1 と基準 4.2 のいずれかまたは両方の基準を満たさないが、その他の全ての基準を満たし（基準 3.2.1、基準 3.3.1、基準 3.3.2、基準 3.4.3 についてはそれぞれの条項 2 を満たすことでも可とする）、かつ、直近の移植件数および骨髄バンクの採取件数を考慮した上で認定カテゴリー3（<b>Low volume center ; LVC</b>）とする。</u></p>	
	<p>1.9 認定カテゴリー1に区分される移植認定診療科は、継続してその体制等の維持、向上に努めなければならない。認定カテゴリー2、認定カテゴリー3（LVC）に区分される移植認定診療科は、認定カテゴリー1へのステップアップを目指し、体制等の整備に努めなければならない。</p>	
	<p>1.10 1.認定カテゴリー1に区分される移植認定診療科は、年次調査または更新調査において、基準 3.2.1 の条項 1 または条項 2 を満たさなくなった場合でも、代替として血液内科専門医 1 名以上が配置され、かつ、基準 3.3.1、基準 3.3.2、基準 3.4.3 を除く他の全ての基準を満たしていれば、当該調査から 3 年後の年次調査または更新調査までは当該事由による認定カテゴリーの変更、認定の停止は行われぬ。基準 3.3.1 の条項 1 または条項 2 を満たさなくなった場合でも、基準 3.2.1、基準 3.3.2、基準 3.4.3 を除く他の全ての基準を満たしていれば、当該調査から 3 年後の年次調査または更新調査までは当該事由による認定カテゴリーの変更、認定の停止は行われぬ。基準 3.3.2 の条項 1 または条項 2 を満たさなくなった場合でも、基準 3.2.1、基準 3.3.1、基準 3.4.3 を除く他の全ての基準を満たしていれば、当該調査から 3 年後の年次調査または更新調査までは当該事由による認定カテゴリーの変更、認定の停止は行われぬ。基準 3.4.3 の条項 1 または条項 2 を満たさなくなった場合でも、基準 3.2.1、基準 3.3.1、基準 3.3.2 を除く他の全ての基準を満たしていれば、当該調査から 3 年後の年次調査または更新調査までは当該事由による認定カテゴリーの変更、認定の停止は行われぬ。</p> <p>2.上記により認定カテゴリーの変更または認定の停止を猶予されている診療科においては、認定カテゴリーは維持されるが、その期間中は満たしていない基準の種類を問わずコーディネート体制充実加算に関する施設基準は満たさないことに留意すること。</p>	
	<p>1.11 認定カテゴリー2、認定カテゴリー3（LVC）に区分される移植認定診療科は、年次調査または更新調査において、基準 3.2.1 の条項 2 を満たさなくなった場合でも、代替として血液内科専門医 1 名以上が配置され、かつ、基準 3.3.1、基準 3.3.2、基準 3.4.3 を除く他の全ての基準を満たしていれば、当該調査から 1 年後の年次調査または更新調査までは当該事由による認定の停止は行われぬ。基準 3.3.1 の条項 2 を満たさなくなった場合でも、基準 3.2.1、基準 3.3.2、基準 3.4.3 を除く他の全ての基準を満たしていれば、当該調査から 1 年後の年次調査または更新調査までは当該事由による認定の停止は行われぬ。基準 3.3.2 の条項 2 を満たさなくな</p>	

非血縁者間造血幹細胞移植を施行する診療科の認定基準【新旧対照表】

旧（改定前） 【改定箇所に下線】	新（2024年4月1日施行版）※改定のあった条項のみ記載 【赤字：新規追加／赤字下線：文言変更】	評価方法
	<p>った場合でも、基準 3.2.1、基準 3.3.1、基準 3.4.3 を除く他の全ての基準を満たしていれば、当該調査から 1 年後の年次調査または更新調査までは当該事由による認定の停止は行われぬ。基準 3.4.3 の条項 2 を満たさなくなった場合でも、基準 3.2.1、基準 3.3.1、基準 3.3.2 を除く他の全ての基準を満たしていれば、当該調査から 1 年後の年次調査または更新調査までは当該事由による認定の停止は行われぬ。</p>	
	<p>1.12 認定カテゴリー2、認定カテゴリー3（LVC）に区分される移植認定診療科は、初回認定後、年次調査後または更新調査後から次回更新手続きまでの期間に、所管の造血幹細胞移植推進拠点病院が開催する移植施設を対象としたセミナーへ少なくとも 2 回以上、自診療科より医療従事者を 1 人以上出席させなければならない。</p>	<p>・更新手続き時の申告（開催日、開催セミナー名、自診療科からの参加者名・職種等）</p>
	<p>1.13 認定カテゴリー3（LVC）に区分される移植認定診療科は、非血縁者間移植の施行を予定する場合、その都度、当該診療科で施行する理由（時間的余裕がなく他施設への紹介が医学的見地から適切でない等）を移植施設認定委員会へ申請し、承認を受けなければならない。</p> <p>ただし、造血幹細胞移植後の生着不全における臍帯血の緊急出庫時においてはその限りでない。</p>	
<p>1.6 移植施設の認定および認定更新の申請に際し、虚偽の申告、添付資料の捏造その他の不正があった場合は、これを認めず、相応の処分を科す。既に認定されている移植施設においてこれが発覚した場合は、認定を取り消し、相応の処分を科す。処分の内容については、日本造血・免疫細胞療法学会（JSTCT）の移植施設認定委員会で検討する。</p>	<p>1.14 移植施設の認定および認定更新の申請に際し、虚偽の申告、添付資料の捏造その他の不正があった場合は、これを認めず、相応の処分を科す。既に認定されている移植認定診療科においてこれが発覚した場合は、認定を取り消し、相応の処分を科す。処分の内容については、日本造血・免疫細胞療法学会（JSTCT）の移植施設認定委員会で検討する。</p>	
<p>2 移植施設</p>		
<p>2.1 移植施設は、国の基準（あるいはそれと同等の基準）によって承認された医療機関であること。</p>		<p>・日本骨髄バンクで確認</p>
<p>2.2 移植施設は日本骨髄バンクの骨髄採取認定施設、または、骨髄・末梢血幹細胞採取施設の認定施設であること。ただし、骨髄採取を免除されている小児科の施設については、この限りではない。</p>		<p>・日本骨髄バンクで確認</p>
<p>2.3 移植施設には輸血部門が設置され、24 時間体制で移植患者の治療に必要な種々の血液製剤の供給が可能な体制が整っていること。</p>		<p>・<del>日本骨髄バンクで確認</del> ・チェックリストへの記入による申告</p>
<p>2.4 移植施設には感染対策委員会が設置され、重篤な感染症の予防及び発症時等の対策マニュアルが整備されていること。</p>		<p>・<del>日本骨髄バンクで確認</del> ・チェックリストへの記入による申告</p>
<p>2.5 移植施設には医療安全委員会（医療事故対策委員会）が設置され、重大な事故発生時の対策マニュアルが整備されていること。</p>		<p>・<del>日本骨髄バンクで確認</del> ・チェックリストへの記入による申告</p>
<p>2.6 移植施設には、救急処置室や集中治療室(ICU)が整備され、病棟及び外来から移植患者が転床した後も、移植医による診療の継続が可能な体制が整っていること。</p>		<p>・<del>日本骨髄バンクで確認</del> ・チェックリストへの記入による申告</p>
<p>2.7 移植施設には薬剤部が設置され、24 時間体制で移植患者の治療に必要な</p>		<p>・チェックリストへの記入による申告</p>

非血縁者間造血幹細胞移植を施行する診療科の認定基準【新旧対照表】

旧（改定前） 【改定箇所の下線】	新（2024年4月1日施行版）※改定のあった条項のみ記載 【赤字：新規追加／赤字下線：文言変更】	評価方法
薬剤の供給が可能な体制にあること。		
2.8 移植施設内で移植に用いられる病室には、移植を施行する際の空気感染を最低限に抑えるような防護環境が整備されていること。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> <li>・見取り図写し</li> </ul>
2.9 移植幹細胞の処理・保存を適切に行える体制が整っていること。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> </ul>
<p>3 <u>移植チームの構成、連携体制、マニュアル等</u></p> <p>移植チームは、以下に記載する人員と連携体制を備えていること。</p> <p>3.1 移植施設責任医師</p>		
<p>3.1.1 責任医師は、日本造血・免疫細胞療学会が認定する造血細胞移植認定医の資格を有していること。もし、この基準を満たさない場合には、日本造血・免疫細胞療学会の会員であり、10年以上の造血幹細胞移植医療の臨床経験があること。小児診療科においては、以上の基準を満たさない場合、小児血液・がん学会暫定指導医／専門医で10年以上の造血幹細胞移植医療の臨床経験があること。</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・造血細胞移植日本造血・免疫細胞療学会認定医認定証写し</li> <li>・臨床経験経歴書（責任医師が造血細胞移植日本造血・免疫細胞療学会認定医の場合は不要）</li> </ul>
<p>3.1.2 責任医師は、過去5年間で、外来および病棟で移植患者の診療に関与していたこと。</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> </ul>
<p>3.1.3 責任医師は、移植病棟あるいは外来において移植チームの構成員によって提供される全ての医療行為に対して責任を持つこと</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> </ul>
<p>3.1.4 責任医師は、移植チームの質を担保し、移植医療に関する quality management について責任を持つこと。</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> </ul>
<p>3.2 移植医</p>		
<p>3.2.1 移植を担当する診療科には、日本造血・免疫細胞療学会が認定する造血細胞移植認定医の資格を有している常勤の医師が、少なくとも2名以上配置されていること。</p> <p>小児診療科においては、少なくとも1名以上の、常勤の日本造血・免疫細胞療学会が認定する造血細胞移植認定医が配置され、かつ別に1名以上の常勤の小児科専門医がいること。移行期間においては、常勤の日本造血・免疫細胞療学会が認定する造血細胞移植認定医の代わりに小児血液・がん学会暫定指導医／専門医が配置されていること。</p>	<p>3.2.1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 移植を担当する診療科には、日本造血・免疫細胞療学会が認定する認定医の資格を有している常勤の医師が、少なくとも2名以上配置されていること。小児診療科においては、少なくとも1名以上の、常勤の日本造血・免疫細胞療学会が認定する造血細胞移植認定医が配置され、かつ別に1名以上の常勤の小児科専門医がいること。</li> <li>2. 1を満たさない場合であっても、日本造血・免疫細胞療学会が認定する認定医の資格を有している常勤の医師が1名配置されている場合、認定カテゴリ2または認定カテゴリ3の区分で認定されることを妨げない。</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・造血細胞移植日本造血・免疫細胞療学会認定医認定証写し</li> <li>・臨床経験経歴書（責任医師が造血細胞移植日本造血・免疫細胞療学会認定医の場合は不要）</li> </ul>
<p>3.2.2 移植診療科の移植医は、認定直前の12か月間、同診療科の移植病棟及び外来で移植患者の診療に携わっていること。</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> </ul>
<p>3.2.3 移植医は、移植施設の外来および入院病棟において、24時間体制で連携し、診療を継続できる体制にあること。</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> </ul>
<p>3.2.4 日本造血・免疫細胞療学会が認定する造血細胞移植認定医以外の血液内科医あるいはその他の医師が入院・外来での診療を担当する診療体制の場合は、上記の移植認定医あるいはそれに準ずる医師が指導し、</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> </ul>



非血縁者間造血幹細胞移植を施行する診療科の認定基準【新旧対照表】

旧（改定前） 【改定箇所の下線】	新（2024年4月1日施行版）※改定のあった条項のみ記載 【赤字：新規追加／赤字下線：文言変更】	評価方法
移植患者の診療を行っていること。		
3.3 看護師、その他の人員		
3.3.1 <del>移植施設では、</del> 移植件数および移植患者の重症度に応じて、十分な看護師／移植患者の比率が維持され、看護補助者を適正に配置し看護師が看護に専念できること。	3.3.1 1. 移植件数および移植患者の重症度に応じて、十分な看護師／移植患者の比率が維持され、看護補助者を適正に配置し看護師が看護に専念できる <u>体制にあること</u> を、施設（移植を行う病棟）における入院基本料等の看護師配置に関する施設基準の届出状況から判断できること。 2. 1 について入院基本料等の看護師配置に関する施設基準の届出状況から判断できない場合であっても、これに相当する看護師の配置がされている場合、認定カテゴリー2 または認定カテゴリー3 の区分で認定されることを妨げない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの以下の事項の記入による申告 ＜申告事項＞</li> <li>・日中の配置：入院基本料の届出区分</li> <li>・夜間の配置：夜間看護配置加算の届出区分</li> <li>・（小児診療科のみ）小児入院医療管理料の届出区分</li> <li>・看護補助者の配置：急性期看護補助体制加算の届出区分</li> </ul>
3.3.2 日本造血・免疫細胞療法学会看護部会が主催する同種造血細胞移植後フォローアップのための研修を修了し、その後も学会総会におけるブラッシュアップ研修や移植推進拠点病院・地方会などが行う研修を継続して受講し自己研鑽している2名以上の看護師が病棟または外来で患者のケアに従事していること。	3.3.2 1. 日本造血・免疫細胞療法学会看護部会が主催する同種造血細胞移植後フォローアップのための研修を修了し、その後も学会総会におけるブラッシュアップ研修や移植推進拠点病院・地方会などが行う研修を継続して受講し自己研鑽している2名以上の看護師が病棟または外来で患者のケアに従事していること。 2. 1の「2名以上」の部分を満たさない場合であっても、上記の要件を満たす看護師が1名配置されている場合、認定カテゴリー2 または認定カテゴリー3 の区分で認定されることを妨げない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> </ul>
3.3.3 業務を担当する看護師の実践能力が評価され、評価に応じた業務分担がなされていること。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> </ul>
3.3.4 看護計画に基づいて移植の全過程を通して支援を行っていること。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> </ul>
3.4 医療連携		
3.4.1 移植病棟を担当する1名以上の薬剤師が配置されていること。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> </ul>
3.4.2 移植患者を担当する1名以上の理学療法士が配置されていること。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> </ul>
3.4.3 移植患者およびドナーを担当する学会が認定する移植コーディネーター（HCTC）が配置されていること。小児診療科においては、HCTCに代わってチャイルドライフスペシャリスト等が移植患者およびドナーを担当することを含む。	3.4.3 1. 移植患者およびドナーを担当する学会が認定する移植コーディネーター（HCTC）が配置されていること。小児診療科においては、HCTCに代わって <u>チャイルドライフスペシャリスト、ホスピタルプレイスペシャリストまたは子ども療養支援士</u> が移植患者およびドナーを担当することを含む。 2. 1を満たさない場合であっても、学会が認定する移植コーディネーター（HCTC）の育成に努めている場合、認定カテゴリー2 または認定カテゴリー3 の区分で認定されることを妨げない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> <li>・認定 HCTC 認定証写しまたは小児診療科においてはチャイルドライフスペシャリスト、ホスピタルプレイスペシャリストまたは子ども療養支援士の資格認定証写し</li> </ul>
3.4.4 移植施設が造血幹細胞の運搬を担当するスタッフに対して、運搬に必要な事項の教育を徹底していること。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> </ul>
3.4.5 外科、呼吸器科、消化器科、神経科、循環器科、腎臓内科（透析を含む）、精神科、放射線診断および治療科（全身放射線照射(TBI)などの広範囲な放射線照射の経験とマニュアルを備える）、病理診断部門、緩和ケアチ		<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェックリストへの記入による申告</li> </ul>

非血縁者間造血幹細胞移植を施行する診療科の認定基準【新旧対照表】

旧（改定前） 【改定箇所の下線】	新（2024年4月1日施行版）※改定のあった条項のみ記載 【赤字：新規追加／赤字下線：文言変更】	評価方法
ーム、医療ソーシャルワーカー(MSW)、栄養士などの支援を必要に応じて得られる体制が確立していること。		
3.4.6 移植に携わる医療従事者が、定期的なカンファレンスを実施するなどしてチーム医療の実践に努めていること。		・チェックリストへの記入による申告
3.4.7 退院後、移植患者が造血細胞移植認定施設に認定されていない他の医療機関で診療を受ける場合においても、連携をとって、標準的ガイドライン等に従って適切な移植後の診療・ケアが施行されることを積極的に支援する体制が整っていること。		・チェックリストへの記入による申告
3.5 マニュアル等		
3.5.1 臨床研究以外の日常診療としての移植に関しては、日本造血・免疫細胞療法学会（JSTCT）のガイドラインおよび関連学会のガイドラインに準拠して診療が行われていること。		・チェックリストへの記入による申告
3.5.2 移植チームは、移植患者の評価、移植前処置、造血幹細胞の輸注、移植後の感染管理、移植後の合併症の予防とマネジメント、移植後長期フォローアップについてのマニュアルを用い、安全な移植医療の実践に努めていること。		・移植マニュアル ※前処置、造血幹細胞輸注、免疫抑制など主要な部分について提出してもらおう（JPLSG 編「移植プロトコルマニュアル」等も可）
3.5.3 各移植患者の治療計画を作成し、チーム内で共有する体制が整っていること。		・個人情報を外した形の治療計画書写し（1症例分）
3.5.4 移植チームは、新規にチームに参加する医療従事者に対して、マニュアルに基づいて指導する体制を整えていること。		・移植マニュアル
4 <u>造血幹細胞移植の実績</u>		
4.1 移植施設が認定を受けるためには、少なくとも認定申請時の前年12か月間（1～12月）に新規の同種造血幹細胞移植6例を施行していること。ただし、小児領域のみでの申請（小児病院など）では少なくとも新規造血幹細胞移植を3例または認定申請時の前年までの3年間に新規の同種造血幹細胞移植を5例実施し、加えて移植責任医師に変更がないこと。		・TRUMP data で確認
4.2 同種造血幹細胞移植に用いる造血幹細胞ソースの種類に関しては、認定申請時の前年までの3年間に、原則として、すべての移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植、ただし、小児診療科においては骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植のうち2種類の移植）を少なくとも1例施行していること。ただし、新規申請時には血縁の骨髄移植および末梢血幹細胞移植のみの実績でよい。		・TRUMP data で確認
4.3 移植施設（診療科）は、非血縁者間造血幹細胞移植を施行するとともに、各施設の移植実績に見合う、非血縁者からの骨髄採取あるいは末梢血幹細胞採取に取り組んでいること。		・採取施設認定証写し <b>日本骨髄バンク</b> で確認
5 <u>血縁ドナーからの造血幹細胞採取</u>		

非血縁者間造血幹細胞移植を施行する診療科の認定基準【新旧対照表】

旧（改定前） 【改定箇所の下線】	新（2024年4月1日施行版）※改定のあった条項のみ記載 【赤字：新規追加／赤字下線：文言変更】	評価方法
5.1 血縁ドナーからの骨髄採取または末梢血幹細胞採取に関して、採取前健診結果・採取記録・採取後健診結果等が保存されていること。また、ドナー登録を行い、血縁造血幹細胞（骨髄・末梢血）ドナー傷害保険（通称：ドナー保険）への加入状況が把握されていること。		・チェックリストへの記入による申告
5.2 血縁ドナーに関しては、学会のガイドラインを遵守し、適切な健康のチェックと有害事象報告を含むフォローアップがなされていること。		・チェックリストへの記入による申告
6 <u>その他</u>		
6.1 造血幹細胞移植（自家を含む）を施行した全ての症例の移植データ（移植後 100 日報告を含む）を日本造血細胞移植データセンターへ登録していること。なお、登録年度における造血細胞移植の全国調査必須項目を全て満たした報告件数を認定施設判定における移植件数として表示する。 <del>「100 日報告」に関しては、施設における 1 例目からの全症例についての提出率が 50%以下、または、累積未提出件数が 5 件以上の場合、更新不可とする。</del>	6.1 造血幹細胞移植（自家を含む）を施行した全ての症例の移植データ（移植後 100 日報告を含む）を日本造血細胞移植データセンターへ登録していること。なお、登録年度における造血細胞移植の全国調査必須項目を全て満たした報告件数を認定施設判定における移植件数として表示する。	・チェックリストへの記入による申告 ・ <b>TRUMP data</b> で確認 ・ <del>移植後 100 日報告の実績データを確認</del>
6.2 日本骨髄バンク(JMDP)と緊密にコミュニケーションをとり、JMDP の定める合意事項やコーディネートに関するマニュアル等を遵守し移植調整を行っていること。		・ <del>100 日報告、骨髄移植施設に関する JMDP と移植認定施設間で締結の合意書、マニュアル違反通知の有無を参考に評価。</del>
6.3 移植に用いる臍帯血の供給が円滑かつ適正に行われるよう、さい帯血バンクとの必要な連携を行うこと		・臍帯血の供給時において、移植施設とさい帯血バンクの連携不足などを原因とするトラブル等が無いことを確認。
6.4 HLA 検査に関しては、日本組織適合性学会の認定を受けた検査技術者が在籍する検査機関を利用していること。		・チェックリストへの記入による申告 (院内検査であれば、日本組織適合性学会の認定証の写しを添付)
6.5 移植施設(移植診療科)が認定要件を満たさなくなった場合には、速やかに日本造血・免疫細胞療法学会 (JSTCT) の移植施設認定委員会に連絡することを把握 (認識) していること。		・チェックリストへの記入による申告
6.6 日本骨髄バンクを介する造血幹細胞の授受に際し、誠意を持って対応していること。		・チェックリストへの記入による申告
6.7 日本骨髄バンクを介する造血幹細胞採取に際し、他施設で採取が予定、あるいは施行されたドナーに対する医学的対応が求められた場合には、採取担当施設と連携し適切に支援・対応する体制が整っていること。		・チェックリストへの記入による申告