

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省大臣官房参事官  
（医療機器・再生医療等製品審査管理担当）  
（ 公 印 省 略 ）

医療機器・体外診断用医薬品・再生医療等製品の先駆け審査指定制度の  
試行的実施について

先駆け審査指定制度については、「日本再興戦略」改訂 2014（平成 26 年 6 月 24 日閣議決定）及び「先駆けパッケージ戦略」（平成 26 年 6 月 17 日厚生労働省取りまとめ）において、世界に先駆けて、革新的医薬品・医療機器・再生医療等製品を日本で早期に実用化すべく、その開発を促進するため、「既存の治療法より大幅な改善が期待されるものを指定し、相談・審査における優先的な取扱いの対象とすることで更なる迅速な実用化を目指す」こととしたところですが、医療機器・体外診断用医薬品・再生医療等製品について、下記の通り試行的に実施することとしたので貴管下関係業者に対して周知願います。

記

1. 制度の趣旨等

これまで、国内で未承認又は適応外の医療機器及び体外診断用医薬品を解消するため、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下「PMDA」という。）の審査員の増員を通じて審査期間の短縮を図るとともに、学会等からの要望に基づき、医療上の必要性を評価した上で未承認医療機器等の開発要請を通じてこれらの解消に努めてきたところである。

今般、この考えを更に推し進め、患者に世界で最先端の医療機器等を最も早く提供することを目指し、一定の要件を満たす画期的な医療機器等について、開発の比較的早期の段階から先駆け審査指定制度の対象品目（以下「対象品目」という。）に指定し、薬事承認に係る相談・審査における優先的な取扱いの対象とするとともに、承認審査のスケジュールに沿って申請者における製造体制の整備や承認後円滑に医療現場に提供するための対応が十分になされることで、更なる迅速な実用化を図るものである。

この制度では、原則として新規原理、新規作用機序等により、生命に重大な影響がある重篤な疾患等に対して、極めて高い有効性が期待される医療機器・体外診断用医薬品・再生医療等製品を指定することとする。また、本制度は PMDA において指名される審査パートナー（以下「コンシェルジュ」という。）を選任して、厚生労働省及び PMDA 内部の関係各部との連携を強化するとともに定期的な進捗管

理を通じて開発の迅速化を可能とし、新たに整備される相談の枠組みを優先的に適用し、かつ優先審査を適用することにより、審査期間を短縮することを目指す。

## 2. 指定の要件

指定を受ける医療機器、体外診断用医薬品又は再生医療等製品は、以下の4つのすべての要件を満たすこと。

### (1) 指定要件1：治療法／診断法の画期性

原則として、医療機器にあつては新規原理（新医療機器等）、体外診断用医薬品にあつては新規原理／新規測定項目、再生医療等製品にあつては新規作用機序を有すること。

### (2) 指定要件2：対象疾患の重篤性

以下のいずれかの疾患に該当するものであること

- ・ 生命に重大な影響がある重篤な疾患
- ・ 根治療法がなく症状（社会生活が困難な状態）が継続している疾患

### (3) 指定要件3：対象疾患に係る極めて高い有効性

既存の治療法／診断法がない、又は、既存の治療法／診断法に比べて有効性の大幅な改善が見込まれること（著しい安全性の向上が見込まれる場合も含む）

### (4) 指定要件4：世界に先駆けて日本で早期開発・申請する意思

日本における早期からの開発を重視し世界に先駆けて日本で申請される（同時申請も含む）予定のものであること。なお、非臨床試験の結果等により、有効性等が一定程度期待できる製品であつて、日本を含めた形で治験を実施するものが望ましい。

## 3. 指定の手続き

### (1) 品目の公募（指定希望品目の登録申込み）

対象品目への指定を希望する場合は、当該候補品目について、平成27年9月14日～10月7日の公募期間を設定するので、所定期間内に様式1（先駆け審査指定希望品目登録申込書）（別紙を含む）により厚生労働省医薬食品局医療機器・再生医療等製品担当参事官室（以下「参事官室」という。）に登録の申込みをすること。様式1は、Eメール（平成27年10月7日17:00まで）又は郵送（3部）（平成27年10月7日必着）にて提出すること。

Eメールの場合

sakigakekisai@mhlw.go.jp

郵送の場合

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

厚生労働省医薬食品局医療機器・再生医療等製品担当参事官室

先駆け審査指定制度担当宛て

## (2) ヒアリングと応募資料の様式確認

(1) により申込みが行われた登録申込品目について、平成 27 年 10 月 26 日～12 月 1 日までの期間に参事官室においてヒアリングを実施する。ヒアリングは様式 1 及びその根拠資料に基づき実施するので、根拠資料をヒアリングに先立ち平成 27 年 10 月 15 日までに E-メール又は郵送（3 部）にて提出すること。提出先については、3（1）を参照すること。

品目によって開発の進度が異なることが予定されることから、ヒアリングにおいて、その後の先駆け審査指定に係る申請手続きの詳細な方法や提出資料の確認を行う。

## (3) 予備的審査

今回の試行では多くの指定相談の申込みが行われる可能性があることから、先駆け審査指定に係る評価を適当な期間内に完了するため、また、特定の分野で候補品目が過度にならないようにするため、参事官室において明らかに指定基準に該当しないと判断される品目をふるいにかける、いわゆる「予備的審査」を行う。参事官室より、予備的審査を行った場合には、その結果について登録申込者に連絡することとし、予備的審査を行わない場合には全ての登録申込者にその旨を連絡することとする。

## (4) 指定の申請、評価及び指定

予備的審査を通過した候補品目の登録申込者又は予備的審査を実施しなかった旨の連絡を受けた登録申込者は、平成 28 年 1 月 12 日～1 月 25 日に、様式 2（先駆け審査指定制度対象品目指定申請書）（別紙を含む）及びその根拠資料の紙媒体（正本 1 部、副本 9 部）及び電子媒体を郵送又は持参により提出すること。提出先については、3（1）を参照すること。

参事官室で指定申請書を受理した後、PMDA における評価を踏まえ、指定の可否について最終的な審査を行う。分野ごとに指定基準への該当性を確認した上で、特に優れていると判断されたものを選定し、その結果について薬事・食品衛生審議会薬事分科会に報告した上で公表する。

## 4. 指定された医療機器・体外診断用医薬品・再生医療等製品の優先的な取扱い及び留意事項

### (1) 優先相談

別途、PMDA から通知する優先的な相談の取扱いを受けることができる。

### (2) 事前評価の充実

別途、PMDA から通知する新たに設置される先駆け総合評価相談（仮称）（以下「先駆け相談」という。）を受けることができる。なお、申請から承認までの期間を短縮させるために（例えば、医療機器では 6 ヶ月以内）申請前からこれらの枠組みを積極的に活用する必要があることから、指定を受けた後に積極的に先駆け相談を利用し、承認申請後速やかに審査が進むようにコンシェルジュに相談すること。

例えば、品質管理については、承認申請後速やかに調査が実施可能となるように、

積極的に相談等の枠組みを活用することが考えられる。また、信頼性調査については、承認申請後速やかに日程調整・実地調査が可能となるよう、早期の段階から当該調査に必要な情報等を準備することを含め、積極的に相談等の枠組みを活用することが考えられる。

### (3) 優先審査

指定品目はその内容に鑑み、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器法」という。）第 23 条の 2 の 5 第 9 項及び第 23 条の 25 第 7 項に規定する「医療上特にその必要性が高いと認められるもの」に該当すると考えられるため、対象品目への指定をもって優先審査の取扱いを行うこととする。

### (4) コンシェルジュ

厚生労働省及び PMDA の連絡調整を行うことができる適当な者として、PMDA において指名される者が、当該対象品目の開発の進捗管理の相談、申請者及び承認審査関係部署との調整を行う。当該対象品目に係るコンシェルジュについては、指定後 1 週間を目安に対象品目の開発企業に対して連絡する。

## 5. 指定の取消し

指定の取り消しは 2. の指定の要件のいずれかに該当しないことが明確になった時点で、指定の要件を充足しない旨コンシェルジュを通じて参事官室及び先駆け審査指定を受けた者に報告することとし、その後速やかに薬事・食品衛生審議会薬事分科会に報告する。

なお、参事官室に指定要件を充足しない旨の報告がされた日をもって、4. に掲げる優先的な取扱いは停止することとし、薬事・食品衛生審議会薬事分科会への報告日をもって指定を取消すものとする。

## 6. その他

(1) 先駆け審査指定を受けた治療用医薬品等の開発に付随して開発される体外診断用医薬品等については、当該指定を受けた治療用医薬品等の開発・承認に遅延が生じないように、別途指定を受けることなく、必要な措置を講じることとする。

(2) 本制度の次年度以降の運用等については、本試行的実施の状況を踏まえ、別途示すこととする。

## 医療機器先駆け審査指定希望品目登録申込書

厚生労働省医薬食品局医療機器・再生医療等製品担当参事官室 御中

下記の品目について、先駆け審査指定制度の指定希望品目の登録を申し込みます。

平成 27 年〇月〇日

## 記

|                             |                       |  |
|-----------------------------|-----------------------|--|
| 申請者名                        |                       |  |
| 承認番号※ <sup>1</sup>          |                       |  |
| 名称                          | 一般的名称※ <sup>2</sup>   |  |
|                             | 販売名※ <sup>3</sup>     |  |
| 予定される使用目的又は効果※ <sup>4</sup> |                       |  |
| 形状、構造及び原理                   |                       |  |
| 予定される使用方法※ <sup>5</sup>     |                       |  |
| 指定要件への該当性※ <sup>6</sup>     |                       |  |
| 指定要件 1                      | 治療法の画期性               |  |
| 指定要件 2                      | 対象疾患の重篤性              |  |
| 指定要件 3                      | 対象疾患に係る極めて高い有効性       |  |
| 指定要件 4                      | 世界に先駆けて日本で早期開発・申請する意思 |  |
| ヒアリング希望日※ <sup>7</sup>      | 第 1 希望                |  |
|                             | 第 2 希望                |  |
|                             | 第 3 希望                |  |
|                             | 第 4 希望                |  |
|                             | 第 5 希望                |  |
|                             | 第 6 希望                |  |
| 担当者連絡先                      | 氏名                    |  |
|                             | 部署名                   |  |
|                             | 電話番号                  |  |
|                             | FAX 番号                |  |
|                             | E-mail                |  |

注：※<sup>1</sup>～※<sup>7</sup>までは可能な限り、A4 一枚に収まるように記載する。ただし、本様式に収まらない場合については、別紙に添付する旨を記載した上で、指定した別紙にて記載することで可。

※<sup>1</sup>：既に承認を取得している場合に記載、未承認の場合には「－」と記載。

※<sup>2</sup>：一般的名称が決まっている場合には「開発成分記号等」を記載。

※<sup>3</sup>：既に決まっている場合に記載、国内で承認されている場合は和名で記載。それ以外の場合には英語で記載。いずれの国でも販売されていない場合には「－」と記載。

※<sup>4</sup>：申請時点で予定している使用目的又は効果を記載。

※<sup>5</sup>：申請時点で予定している使用方法を記載。

※<sup>6</sup>：指定基準への該当性について、端的に根拠に基づいて記載。根拠となる臨床又は非臨床試験成績の概要は別紙に添付することで可。

※<sup>7</sup>：ヒアリング希望日時については、1 時間を一コマとして「〇月〇日〇時～〇時」と記載する。

(別紙)

## 医療機器の先駆け審査指定制度の指定基準該当性に関する概要

|        |                                     |                                                                                                                               |  |
|--------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 申請者名   |                                     |                                                                                                                               |  |
| 名称     | 一般的名称※ <sup>1</sup>                 |                                                                                                                               |  |
|        | 販売名※ <sup>2</sup>                   |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 1 | 治療方法の画期性※ <sup>3</sup>              | <input type="checkbox"/> 新規原理を有する<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                         |  |
|        | (上記要件に該当すると判断した要旨)                  |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 2 | 対象疾患の重篤性※ <sup>3</sup>              | <input type="checkbox"/> 生命に重大な影響がある重篤な疾患<br><input type="checkbox"/> 根治療法がなく症状（社会生活が困難な状況）が継続している疾患                          |  |
|        | (対象疾患の概要)                           |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 3 | 対象疾患に係る極めて高い有効性※ <sup>3</sup>       | <input type="checkbox"/> 既存の治療法が存在しない<br><input type="checkbox"/> 既存の治療法に比べて有効性の大幅な改善が見込まれる※ <sup>4</sup>                     |  |
|        | (対象疾患の現在の治療法、有効性を示唆する試験成績等の要旨)      |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 4 | 世界に先駆けて日本で早期開発・申請する意思※ <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> 世界に先駆けて日本で（単独に）承認申請される予定<br><input type="checkbox"/> 世界で初めて承認申請（複数の国・地域を対象とする場合に限る）を行う対象として日本が含まれる予定 |  |
|        | 承認申請予定時期                            |                                                                                                                               |  |
|        | (開発に関する進捗状況・予定の概況※ <sup>5</sup> )   |                                                                                                                               |  |

※<sup>1</sup>：一般的名称が決まっていない場合には「開発成分記号等」を記載。※<sup>2</sup>：既に決まっている場合に記載、国内で承認されている場合は和名で記載。それ以外の場合には英語で記載。いずれの国でも販売されていない場合には「－」と記載。※<sup>3</sup>：該当する□を塗りつぶすこと。※<sup>4</sup>：当該項目を選択した場合、有効性の大幅な改善が見込まれる理由を端的に記載すること。※<sup>5</sup>：先駆け総合評価相談（仮称）の活用予定時期を含めて、記載すること。

## 体外診断用医薬品先駆け審査指定希望品目登録申込書

厚生労働省医薬食品局医療機器・再生医療等製品担当参事官室 御中

下記の品目について、先駆け審査指定制度の指定希望品目の登録を申し込みます。

平成 27 年〇月〇日

## 記

|                         |                       |  |
|-------------------------|-----------------------|--|
| 申請者名                    |                       |  |
| 承認番号※ <sup>1</sup>      |                       |  |
| 名称                      | 一般的名称※ <sup>2</sup>   |  |
|                         | 販売名※ <sup>3</sup>     |  |
| 予定される使用目的※ <sup>4</sup> |                       |  |
| 形状、構造及び原理               |                       |  |
| 反応系に関与する成分              |                       |  |
| 予定される使用方法※ <sup>5</sup> |                       |  |
| 指定要件への該当性※ <sup>6</sup> |                       |  |
| 指定要件 1                  | 診断法の画期性               |  |
| 指定要件 2                  | 対象疾患の重篤性              |  |
| 指定要件 3                  | 対象疾患に係る極めて高い有効性       |  |
| 指定要件 4                  | 世界に先駆けて日本で早期開発・申請する意思 |  |
| ヒアリング希望日※ <sup>7</sup>  | 第 1 希望                |  |
|                         | 第 2 希望                |  |
|                         | 第 3 希望                |  |
|                         | 第 4 希望                |  |
|                         | 第 5 希望                |  |
|                         | 第 6 希望                |  |
| 担当者連絡先                  | 氏名                    |  |
|                         | 部署名                   |  |
|                         | 電話番号                  |  |
|                         | FAX 番号                |  |
|                         | E-mail                |  |

注：※<sup>1</sup>～※<sup>7</sup>までは可能な限り、A4 一枚に収まるように記載する。ただし、本様式に収まらない場合については、別紙に添付する旨を記載した上で、指定した別紙にて記載すること可。

※<sup>1</sup>：既に承認を取得している場合に記載、未承認の場合には「－」と記載。

※<sup>2</sup>：一般的名称が決まっていない場合には「開発成分記号等」を記載。

※<sup>3</sup>：既に決まっている場合に記載、国内で承認されている場合は和名で記載。それ以外の場合には英語で記載。いずれの国でも販売されていない場合には「－」と記載。

※<sup>4</sup>：申請時点で予定している使用目的を記載。

※<sup>5</sup>：申請時点で予定している使用方法を記載。

※<sup>6</sup>：指定基準への該当性について、端的に根拠に基づいて記載。根拠となる臨床又は非臨床試験成績の概要は別紙に添付すること可。

※<sup>7</sup>：ヒアリング希望日時については、1 時間を一コマとして「〇月〇日〇時～〇時」と記載する。

(別紙)

## 体外診断用医薬品の先駆け審査指定制度の指定基準該当性に関する概要

|        |                                     |                                                                                                                               |  |
|--------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 申請者名   |                                     |                                                                                                                               |  |
| 名称     | 一般的名称※ <sup>1</sup>                 |                                                                                                                               |  |
|        | 販売名※ <sup>2</sup>                   |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 1 | 診断方法の画期性※ <sup>3</sup>              | <input type="checkbox"/> 新規原理を有する<br><input type="checkbox"/> 新規測定項目を有する<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                  |  |
|        | (上記要件に該当すると判断した要旨)                  |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 2 | 対象疾患の重篤性※ <sup>3</sup>              | <input type="checkbox"/> 生命に重大な影響がある重篤な疾患<br><input type="checkbox"/> 根治療法がなく症状（社会生活が困難な状況）が継続している疾患                          |  |
|        | (対象疾患の概要)                           |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 3 | 対象疾患に係る極めて高い有効性※ <sup>3</sup>       | <input type="checkbox"/> 既存の診断法が存在しない<br><input type="checkbox"/> 既存の診断法に比べて有効性の大幅な改善が見込まれる※ <sup>4</sup>                     |  |
|        | (対象疾患の現在の治療法、有効性を示唆する試験成績等の要旨)      |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 4 | 世界に先駆けて日本で早期開発・申請する意思※ <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> 世界に先駆けて日本で（単独に）承認申請される予定<br><input type="checkbox"/> 世界で初めて承認申請（複数の国・地域を対象とする場合に限る）を行う対象として日本が含まれる予定 |  |
|        | 承認申請予定時期                            |                                                                                                                               |  |
|        | (開発に関する進捗状況・予定の概況※ <sup>5</sup> )   |                                                                                                                               |  |

※<sup>1</sup>：一般的名称が決まっていない場合には「開発成分記号等」を記載。※<sup>2</sup>：既に決まっている場合に記載、国内で承認されている場合は和名で記載。それ以外の場合には英語で記載。いずれの国でも販売されていない場合には「－」と記載。※<sup>3</sup>：該当する□を塗りつぶすこと。※<sup>4</sup>：当該項目を選択した場合、有効性の大幅な改善が見込まれる理由を端的に記載すること。※<sup>5</sup>：先駆け総合評価相談（仮称）の活用予定時期を含めて、記載すること。

## 再生医療等製品先駆け審査指定希望品目登録申込書

厚生労働省医薬食品局医療機器・再生医療等製品担当参事官室 御中

下記の品目について、先駆け審査指定制度の指定希望品目の登録を申し込みます。

平成 27 年〇月〇日

## 記

|                                 |                       |  |
|---------------------------------|-----------------------|--|
| 申請者名                            |                       |  |
| 承認番号※ <sup>1</sup>              |                       |  |
| 名称                              | 一般的名称※ <sup>2</sup>   |  |
|                                 | 販売名※ <sup>3</sup>     |  |
| 予定される効能、効果又は性能※ <sup>4</sup>    |                       |  |
| 形状、構造、成分、分量又は本質                 |                       |  |
| 予定される用法及び用量又は使用方法※ <sup>5</sup> |                       |  |
| 作用機序等※ <sup>6</sup>             |                       |  |
| 指定要件への該当性※ <sup>7</sup>         |                       |  |
| 指定要件 1                          | 治療法の画期性               |  |
| 指定要件 2                          | 対象疾患の重篤性              |  |
| 指定要件 3                          | 対象疾患に係る極めて高い有効性       |  |
| 指定要件 4                          | 世界に先駆けて日本で早期開発・申請する意思 |  |
| ヒアリング希望日※ <sup>8</sup>          | 第 1 希望                |  |
|                                 | 第 2 希望                |  |
|                                 | 第 3 希望                |  |
|                                 | 第 4 希望                |  |
|                                 | 第 5 希望                |  |
|                                 | 第 6 希望                |  |
| 担当者連絡先                          | 氏名                    |  |
|                                 | 部署名                   |  |
|                                 | 電話番号                  |  |
|                                 | FAX 番号                |  |
|                                 | E-mail                |  |

注：※<sup>1</sup>～※<sup>8</sup>までは可能な限り、A4 一枚に収まるように記載する。ただし、本様式に収まらない場合については、別紙に添付する旨を記載した上で、指定した別紙にて記載すること可。

※<sup>1</sup>：既に承認を取得している場合に記載、未承認の場合には「－」と記載。

※<sup>2</sup>：一般的名称が決まっている場合には「治験識別記号等」を記載。

※<sup>3</sup>：既に決まっている場合に記載、国内で承認されている場合は和名で記載。それ以外の場合には英語で記載。いずれの国でも販売されていない場合には「－」と記載。

※<sup>4</sup>：申請時点で予定している効能、効果又は性能を記載。

※<sup>5</sup>：申請時点で予定している用法及び用量又は使用方法を記載。複数の用量を検討中の場合には、主たる用法・用量と考えているものを記載し、その他の用法・用量も併記。

※<sup>6</sup>：作用機序を記載。特に既存の製品との相違点が明確になるように類似していると思われるものを網羅的に例示した上で、違いを記載。

※<sup>7</sup>：指定基準への該当性について、端的に根拠に基づいて記載。根拠となる臨床又は非臨床試験成績の概要は別紙に添付すること可。

※<sup>8</sup>：ヒアリング希望日については、1 時間を一コマとして「〇月〇日〇時～〇時」と記載する。

(別紙)

## 再生医療等製品の先駆け審査指定制度の指定基準該当性に関する概要

|        |                                     |                                                                                                                               |
|--------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請者名   |                                     |                                                                                                                               |
| 名称     | 一般的名称※ <sup>1</sup>                 |                                                                                                                               |
|        | 販売名※ <sup>2</sup>                   |                                                                                                                               |
| 指定要件 1 | 治療方法の画期性※ <sup>3</sup>              | <input type="checkbox"/> 新規作用機序を有する<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                       |
|        | (上記要件に該当すると判断した要旨)                  |                                                                                                                               |
| 指定要件 2 | 対象疾患の重篤性※ <sup>3</sup>              | <input type="checkbox"/> 生命に重大な影響がある重篤な疾患<br><input type="checkbox"/> 根治療法がなく症状（社会生活が困難な状況）が継続している疾患                          |
|        | (対象疾患の概要)                           |                                                                                                                               |
| 指定要件 3 | 対象疾患に係る極めて高い有効性※ <sup>3</sup>       | <input type="checkbox"/> 既存の治療法が存在しない<br><input type="checkbox"/> 既存の治療法に比べて有効性の大幅な改善が見込まれる※ <sup>4</sup>                     |
|        | (対象疾患の現在の治療法、有効性を示唆する試験成績等の要旨)      |                                                                                                                               |
| 指定要件 4 | 世界に先駆けて日本で早期開発・申請する意思※ <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> 世界に先駆けて日本で（単独に）承認申請される予定<br><input type="checkbox"/> 世界で初めて承認申請（複数の国・地域を対象とする場合に限る）を行う対象として日本が含まれる予定 |
|        | 承認申請予定時期                            |                                                                                                                               |
|        | (開発に関する進捗状況・予定の概況※ <sup>5</sup> )   |                                                                                                                               |

※<sup>1</sup>：一般的名称が決まっていない場合には「治験識別記号等」を記載。※<sup>2</sup>：既に決まっている場合に記載、国内で承認されている場合は和名で記載。それ以外の場合には英語で記載。いずれの国でも販売されていない場合には「－」と記載。※<sup>3</sup>：該当する□を塗りつぶすこと。※<sup>4</sup>：当該項目を選択した場合、有効性の大幅な改善が見込まれる理由を端的に記載すること。※<sup>5</sup>：先駆け総合評価相談（仮称）の活用予定時期を含めて、記載すること。

## 医療機器先駆け審査指定制度対象品目指定申請書

|                             |                       |  |
|-----------------------------|-----------------------|--|
| 申請者名                        |                       |  |
| 承認番号※ <sup>1</sup>          |                       |  |
| 名称                          | 一般的名称※ <sup>2</sup>   |  |
|                             | 販売名※ <sup>3</sup>     |  |
| 予定される使用目的又は効果※ <sup>4</sup> |                       |  |
| 形状、構造及び原理                   |                       |  |
| 予定される使用方法※ <sup>5</sup>     |                       |  |
| 指定基準への該当性※ <sup>6</sup>     |                       |  |
| 指定基準 1                      | 治療法の画期性               |  |
| 指定基準 2                      | 対象疾患の重篤性              |  |
| 指定基準 3                      | 対象疾患に係る著明な有効性         |  |
| 指定基準 4                      | 世界に先駆けて日本で早期開発・申請する意思 |  |
| 担当者連絡先                      | 氏名                    |  |
|                             | 部署名                   |  |
|                             | 電話番号                  |  |
|                             | FAX 番号                |  |
|                             | E-mail                |  |
| 特記事項                        |                       |  |

上記により、先駆け審査の指定を申請します。

平成 27 年〇月〇日

住所 法人にあつては主たる事務所の所在地

氏名 法人にあつては名称及び代表者の氏名 印

厚生労働大臣 殿

注：※<sup>1</sup>～※<sup>6</sup>までは可能な限り、A4 一枚に収まるように記載する。ただし、本様式に収まらない場合については、別紙に添付する旨を記載した上で、指定した別紙にて記載すること可。

※<sup>1</sup>：既に承認を取得している場合に記載、未承認の場合には「－」と記載。

※<sup>2</sup>：一般的名称が決まっていない場合には「開発成分記号等」を記載。

※<sup>3</sup>：既に決まっている場合に記載、国内で承認されている場合は和名で記載。それ以外の場合には英語で記載。いずれの国でも販売されていない場合には「－」と記載。

※<sup>4</sup>：申請時点で予定している使用目的又は効果を記載。

※<sup>5</sup>：申請時点で予定している使用方法を記載。

※<sup>6</sup>：指定基準への該当性について、端的に根拠に基づいて記載。根拠となる臨床又は非臨床試験成績の概要は別紙に添付すること可。

(別紙)

## 医療機器の先駆け審査指定制度の指定基準該当性に関する概要

|        |                                     |                                                                                                                               |  |
|--------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 申請者名   |                                     |                                                                                                                               |  |
| 名称     | 一般的名称※ <sup>1</sup>                 |                                                                                                                               |  |
|        | 販売名※ <sup>2</sup>                   |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 1 | 治療法の画期性<br>※ <sup>3</sup>           | <input type="checkbox"/> 新規原理を有する<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                         |  |
|        | (上記要件に該当すると判断した要旨)                  |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 2 | 対象疾患の重篤性<br>※ <sup>3</sup>          | <input type="checkbox"/> 生命に重大な影響がある重篤な疾患<br><input type="checkbox"/> 根治療法がなく症状（社会生活が困難な状況）が継続している疾患                          |  |
|        | (対象疾患の概要)                           |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 3 | 対象疾患に係る極めて高い有効性<br>※ <sup>3</sup>   | <input type="checkbox"/> 既存の治療法が存在しない<br><input type="checkbox"/> 既存の治療法に比べて有効性の大幅な改善が見込まれる<br>※ <sup>4</sup>                 |  |
|        | (対象疾患の現在の治療法、有効性を示唆する試験成績等の要旨)      |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 4 | 世界に先駆けて日本で早期開発・申請する意思※ <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> 世界に先駆けて日本で（単独に）承認申請される予定<br><input type="checkbox"/> 世界で初めて承認申請（複数の国・地域を対象とする場合に限る）を行う対象として日本が含まれる予定 |  |
|        | 承認申請予定時期                            |                                                                                                                               |  |
|        | (開発に関する進捗状況・予定の概況※ <sup>5</sup> )   |                                                                                                                               |  |

※<sup>1</sup>：一般的名称が決まっていない場合には「開発成分記号等」を記載。※<sup>2</sup>：既に決まっている場合に記載、国内で承認されている場合は和名で記載。それ以外の場合には英語で記載。いずれの国でも販売されていない場合には「－」と記載。※<sup>3</sup>：該当する□を塗りつぶすこと。※<sup>4</sup>：当該項目を選択した場合、有効性の大幅な改善が見込まれる理由を端的に記載すること。※<sup>5</sup>：先駆け総合評価相談（仮称）の活用予定時期を含めて、記載すること。

## 体外診断用医薬品先駆け審査指定制度対象品目指定申請書

|                         |                       |  |
|-------------------------|-----------------------|--|
| 申請者名                    |                       |  |
| 承認番号※ <sup>1</sup>      |                       |  |
| 名称                      | 一般的名称※ <sup>2</sup>   |  |
|                         | 販売名※ <sup>3</sup>     |  |
| 予定される使用目的※ <sup>4</sup> |                       |  |
| 形状、構造及び原理               |                       |  |
| 反応系に関与する成分              |                       |  |
| 予定される使用方法※ <sup>5</sup> |                       |  |
| 指定基準への該当性※ <sup>6</sup> |                       |  |
| 指定基準 1                  | 診断法の画期性               |  |
| 指定基準 2                  | 対象疾患の重篤性              |  |
| 指定基準 3                  | 対象疾患に係る著明な有効性         |  |
| 指定基準 4                  | 世界に先駆けて日本で早期開発・申請する意思 |  |
| 担当者連絡先                  | 氏名                    |  |
|                         | 部署名                   |  |
|                         | 電話番号                  |  |
|                         | FAX 番号                |  |
|                         | E-mail                |  |
| 特記事項                    |                       |  |

上記により、先駆け審査の指定を申請します。

平成 27 年〇月〇日

住所 法人にあっては主たる事務所の所在地

氏名 法人にあっては名称及び代表者の氏名 印

厚生労働大臣 殿

注：※1～※6までは可能な限り、A4 一枚に収まるように記載する。ただし、本様式に収まらない場合については、別紙に添付する旨を記載した上で、指定した別紙にて記載することで可。

※1：既に承認を取得している場合に記載、未承認の場合には「－」と記載。

※2：一般的名称が決まっている場合には「開発成分記号等」を記載。

※3：既に決まっている場合に記載、国内で承認されている場合は和名で記載。それ以外の場合には英語で記載。いずれの国でも販売されていない場合には「－」と記載。

※4：申請時点で予定している使用目的を記載。

※5：申請時点で予定している使用方法を記載。

※6：指定基準への該当性について、端的に根拠に基づいて記載。根拠となる臨床又は非臨床試験成績の概要は別紙に添付することで可。

(別紙)

## 体外診断用医薬品の先駆け審査指定制度の指定基準該当性に関する概要

|        |                                     |                                                                                                                               |  |
|--------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 申請者名   |                                     |                                                                                                                               |  |
| 名称     | 一般的名称※ <sup>1</sup>                 |                                                                                                                               |  |
|        | 販売名※ <sup>2</sup>                   |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 1 | 診断法の画期性<br>※ <sup>3</sup>           | <input type="checkbox"/> 新規原理を有する<br><input type="checkbox"/> 新規測定項目を有する<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                  |  |
|        | (上記要件に該当すると判断した要旨)                  |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 2 | 対象疾患の重篤性<br>※ <sup>3</sup>          | <input type="checkbox"/> 生命に重大な影響がある重篤な疾患<br><input type="checkbox"/> 根治療法がなく症状（社会生活が困難な状況）が継続している疾患                          |  |
|        | (対象疾患の概要)                           |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 3 | 対象疾患に係る極めて高い有効性<br>※ <sup>3</sup>   | <input type="checkbox"/> 既存の診断法が存在しない<br><input type="checkbox"/> 既存の診断法に比べて有効性の大幅な改善が見込まれる<br>※ <sup>4</sup>                 |  |
|        | (対象疾患の現在の治療法、有効性を示唆する試験成績等の要旨)      |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 4 | 世界に先駆けて日本で早期開発・申請する意思※ <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> 世界に先駆けて日本で（単独に）承認申請される予定<br><input type="checkbox"/> 世界で初めて承認申請（複数の国・地域を対象とする場合に限る）を行う対象として日本が含まれる予定 |  |
|        | 承認申請予定時期                            |                                                                                                                               |  |
|        | (開発に関する進捗状況・予定の概況※ <sup>5</sup> )   |                                                                                                                               |  |

※<sup>1</sup>：一般的名称が決まっていない場合には「開発成分記号等」を記載。※<sup>2</sup>：既に決まっている場合に記載、国内で承認されている場合は和名で記載。それ以外の場合には英語で記載。いずれの国でも販売されていない場合には「－」と記載。※<sup>3</sup>：該当する□を塗りつぶすこと。※<sup>4</sup>：当該項目を選択した場合、有効性の大幅な改善が見込まれる理由を端的に記載すること。※<sup>5</sup>：先駆け総合評価相談（仮称）の活用予定時期を含めて、記載すること。

## 再生医療等製品先駆け審査指定制度対象品目指定申請書

|                                 |                       |  |
|---------------------------------|-----------------------|--|
| 申請者名                            |                       |  |
| 承認番号※ <sup>1</sup>              |                       |  |
| 名称                              | 一般的名称※ <sup>2</sup>   |  |
|                                 | 販売名※ <sup>3</sup>     |  |
| 予定される効能、効果又は性能※ <sup>4</sup>    |                       |  |
| 形状、構造、成分、分量又は本質                 |                       |  |
| 予定される用法及び用量又は使用方法※ <sup>5</sup> |                       |  |
| 作用機序等※ <sup>6</sup>             |                       |  |
| 指定基準への該当性※ <sup>7</sup>         |                       |  |
| 指定基準 1                          | 治療法の画期性               |  |
| 指定基準 2                          | 対象疾患の重篤性              |  |
| 指定基準 3                          | 対象疾患に係る著明な有効性         |  |
| 指定基準 4                          | 世界に先駆けて日本で早期開発・申請する意思 |  |
| 担当者連絡先                          | 氏名                    |  |
|                                 | 部署名                   |  |
|                                 | 電話番号                  |  |
|                                 | FAX 番号                |  |
|                                 | E-mail                |  |
| 特記事項                            |                       |  |

上記により、先駆け審査の指定を申請します。

平成 27 年〇月〇日

住所 法人にあっては主たる事務所の所在地

氏名 法人にあっては名称及び代表者の氏名 印

厚生労働大臣 殿

注：※1～※7までは可能な限り、A4 一枚に収まるように記載する。ただし、本様式に収まらない場合については、別紙に添付する旨を記載した上で、指定した別紙にて記載すること可。

※1：既に承認を取得している場合に記載、未承認の場合には「－」と記載。

※2：一般的名称が決まっている場合には「治験識別記号等」を記載。

※3：既に決まっている場合に記載、国内で承認されている場合は和名で記載。それ以外の場合には英語で記載。いずれの国でも販売されていない場合には「－」と記載。

※4：申請時点で予定している効能、効果又は性能を記載。

※5：申請時点で予定している用法及び用量又は使用方法を記載。複数の用量を検討中の場合には、主たる用法・用量と考えているものを記載し、その他の用法・用量も併記。

※6：作用機序を記載。特に既存の製品との相違点が明確になるように類似していると思われるものを網羅的に例示した上で、違いを記載。

※7：指定基準への該当性について、端的に根拠に基づいて記載。根拠となる臨床又は非臨床試験成績の概要は別紙に添付すること可。

(別紙)

## 再生医療等製品の先駆け審査指定制度の指定基準該当性に関する概要

|        |                                     |                                                                                                                               |  |
|--------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 申請者名   |                                     |                                                                                                                               |  |
| 名称     | 一般的名称※ <sup>1</sup>                 |                                                                                                                               |  |
|        | 販売名※ <sup>2</sup>                   |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 1 | 治療法の画期性<br>※ <sup>3</sup>           | <input type="checkbox"/> 新規作用機序を有する<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                       |  |
|        | (上記要件に該当すると判断した要旨)                  |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 2 | 対象疾患の重篤性<br>※ <sup>3</sup>          | <input type="checkbox"/> 生命に重大な影響がある重篤な疾患<br><input type="checkbox"/> 根治療法がなく症状（社会生活が困難な状況）が継続している疾患                          |  |
|        | (対象疾患の概要)                           |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 3 | 対象疾患に係る極めて高い有効性<br>※ <sup>3</sup>   | <input type="checkbox"/> 既存の治療法が存在しない<br><input type="checkbox"/> 既存の治療法に比べて有効性の大幅な改善が見込まれる<br>※ <sup>4</sup>                 |  |
|        | (対象疾患の現在の治療法、有効性を示唆する試験成績等の要旨)      |                                                                                                                               |  |
| 指定要件 4 | 世界に先駆けて日本で早期開発・申請する意思※ <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> 世界に先駆けて日本で（単独に）承認申請される予定<br><input type="checkbox"/> 世界で初めて承認申請（複数の国・地域を対象とする場合に限る）を行う対象として日本が含まれる予定 |  |
|        | 承認申請予定時期                            |                                                                                                                               |  |
|        | (開発に関する進捗状況・予定の概況※ <sup>5</sup> )   |                                                                                                                               |  |

※<sup>1</sup>：一般的名称が決まっていなかった場合には「治験識別記号等」を記載。※<sup>2</sup>：既に決まっている場合に記載、国内で承認されている場合は和名で記載。それ以外の場合には英語で記載。いずれの国でも販売されていない場合には「－」と記載。※<sup>3</sup>：該当する□を塗りつぶすこと。※<sup>4</sup>：当該項目を選択した場合、有効性の大幅な改善が見込まれる理由を端的に記載すること。※<sup>5</sup>：先駆け総合評価相談（仮称）の活用予定時期を含めて、記載すること。