

患者様へ

治療名：多血小板血漿を用いた皮膚再生治療

目次

1. はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
2. 多血小板血漿を用いた治療について・・・・・・・・ 4
3. 治療の方法と治療期間について・・・・・・・・ 4
4. 治療が中止される場合について・・・・・・・・ 5
5. 予測される利益（効果）と不利益（副作用）について・・・・ 6
6. 治療を受けられない場合の治療について・・・・・・・・ 7
7. 健康被害について・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
8. 情報の開示と個人情報の取り扱いについて・・・・・・・・ 8
9. 患者さんの費用負担について・・・・・・・・・・・・ 8
10. 担当医師及び相談窓口・・・・・・・・・・・・・・ 9

1.はじめに

この冊子は、多血小板血漿 (PRP) を用いた皮膚再生治療の説明文書と同意文章です。医師の説明に加えてこの説明文章をよくお読みになり、治療を受けるかどうかご検討ください。

この治療技術は、聖マリアンナ医科大学において先進医療 A 暫定として許可されている製造方法、品質管理方法と同等の技術です。さらに、高度に施設環境が管理された細胞培養加工施設に血小板分離を委託することにより、安全性が高く、高品質な PRP を使用した治療を提供しています。また、新たに制定された『再生医療等の安全性の確保等に関する法律』にも遵守しています。

なお、治療を受けるかどうかは、説明を受けたその場で決める必要はありません。ご家族の方などと相談してから決めていただくこともできます。

また、採取した血液は、本治療に必要な検査や治療のための加工作業以外の目的で使用されることはありません。

治療の内容をよくご理解いただき、この治療を受けたいと思われた場合は、この冊子の最後にあります同意文書にご署名をお願いいたします。

2.多血小板血漿を用いた治療について

「多血小板血漿（PRP を用いた治療）」とは、ご自身の血液を採取して、その血液を特殊な方法で濃縮し治療に利用するという方法です。実際には採血した血液から血小板だけを濃縮して治療に応用しますが、この方法は数少ない再生医療の技術の内、割合古くから実用化され既に欧米ではその有効性と安全性が確認されています。

米国では PRP を用いてスポーツ選手の関節の治療や、皮膚潰瘍の治療にも積極的に応用されています。日本では、未だ馴染みが薄いですが、歯科治療でのインプラントと呼ばれる手法で、歯の土台作りに PRP も使われています。

最近では、大リーグで活躍しているプロ野球選手の肘の治療に PRP を用いた治療法が選択され、手術をしなくて故障から復帰したという例があります。

3.治療の方法と治療期間について

《治療方法の概要と治療期間》

PRP は血小板という細胞の中に、血管新生やコラーゲンの産生を促す沢山の因子を含んでいます。この治療の目的は、患者様にこの PRP を投与することで、皮膚を若返らせる事です。

治療を開始するにあたって、カウンセリング後、①まず初めに血液検査(感染症検査)を行います。検査項目は、1. 梅毒、2. HBV (B型肝炎)、3. HCV (C型肝炎)、4. HIV (エイズ)、5. HTLV - 1 (成人T細胞白血病)、6. パルボウィルス B 1 9 (但し必要な場合に限る) です。なお感染症検査の結果が陽性の場合は、治療を受けられません。②次に、治療部位の大きさや数にもよりますが、約 60mL の採血を 1 回行います。採血した血液の凝固を防ぐため、クエン酸ナトリウムを使用します。③細胞加工施設において、この血液から PRP を分離し、冷凍保存します。加工に要する期間は 10 日です。④本院へ到着後は冷蔵保存し、7 日以内に治療を行います。治療は表面麻酔を 30 分程行った後、31~32G の細い針を用いて注入します。④治療終了後、異常のないことを確認するために 3 ヶ月間は定期的 (概ね月 1 回) に通院していただきます。

《治療を受けられない場合 (除外基準) 》

血液中の血小板という細胞を取り出す必要があるため、検査で血小板がとても少なかったり、貧血がひどかったり、採血すると、針を刺した部分から出血したりする可能性がある患者様は治療を受けることが出来ません。

また、この治療は「バイ菌」を殺すような消毒薬のような働きは無いので、治療する

目的の部位が感染している場合は治療を受けることができません。

4.治療が中止される場合について

- 1) 治療中止の意思表示をされた場合。
- 2) 検査などの結果、治療が合わないと判明した場合。
- 3) 副作用が現れ、治療継続が好ましくないと担当医師が判断した場合。

その他にも担当医師の判断で必要と考えられた場合には、治療を中止することがあります。中止時には安全性の確認のために検査を行ないます。また副作用により治療を中止した場合も、その副作用がなくなるまで検査や質問をさせていただくことがありますので、ご協力お願いいたします。

5. 予測される利益（効果）と不利益（副作用）について

《期待される利益（効果）》

この治療法は、PRP 治療という再生医療技術を応用することで、血管新生やコラーゲンの産生促進が認められ、皮膚を若返らせ、年単位の持続効果が期待されます。

《予測される不利益（副作用）》

血液検査及び PRP 作成のため行う採血に伴う症状として、針を刺す痛み、内出血、神経損傷などの危険が考えられますが、通常の血液検査時のリスクと同程度です。

PRP 注射後は、注入部分の発赤、腫脹、搔痒感などの一時的（7 日程度）症状が出ることがあります。また、ごくまれに、壊死や変色、着色等の外見的に好ましくない有害事象が起こることがあります。

この PRP は、血液から作っていますので、血液製剤とも言えますが、他人の血液を輸血するのとは異なりご自身の血液ですので肝炎やエイズなどを引き起こすウイルス感染の心配は全くありません。

採血後または治療後にいつもと違う症状が現れた場合は、必ず当院に、来院または電話で担当医師にご相談ください（連絡先は 7 ページに記載しています）。症状を適切に判断し、副作用を軽減できるよう最善の処置を行ないます。

6.治療を受けられない場合の他の治療について

加齢に対する従来型の治療法としては代表的なものとして以下が挙げられます。

① コラーゲンやヒアルロン酸注入

これらは補充療法ですので、しわなどのくぼみの部分を下から広げる方法です。一定の期間だけの改善を希望される方には適していますが、時間の経過で吸収されてしまいますので、継続的な治療が必要です。

② レーザー治療

レーザー照射の刺激により、肌細胞を活性化させ、肌を若返らせることを目的とした治療法です。個人差が大きいことがデメリットです。レーザー治療は細胞が増えるわけではありませんが、数か月～1年間効果が持続します。

7.健康被害について

本治療は、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」に基づき製造及び品質管理しています。

投与する成分も、薬等の人工的に作られた化学物質ではなく、患者様ご自身の身体中の成分を濃縮して、投与するので極めて安全と考えられています。

採血後の PRP 調製作業は、厚生労働省に許可を得た細胞加工施設にて無菌的に実施します。細胞加工施設では、採血した血液を分離容器及びバイアル等に移す操作を行いますが、使用する全ての容器は一回使い捨ての滅菌製品で安全です。

しかしながら、本治療によって万が一、健康被害が生じた場合、通常の診療と同様に適切に治療を行います。

8.情報の開示と個人情報の取り扱いについて

この治療を受けた場合のカルテなどが治療中あるいは治療終了後に調査されることがあります。

1) 患者様の人権が守られながら、きちんこの治療が行われているかを確認するために、この治療の関係者、ならびに代理人がカルテなどの医療記録を見ることがありますが、これらの関係者には守秘義務が課せられています。

2) 患者様自身、代諾者も閲覧する権利が守られています。

3) 治療で得られた成績は、医学雑誌などに公表されることがありますが、患者様の個人的情報は一切わからないようにしますので、プライバシーは守られます。また、この治療で得られたデータが、本治療の目的以外に使用されることはありません。

4) この治療で得られた発見が、その後の特許に繋がる可能性もありますが、この権利は発明者に帰属します。

9.患者様の費用負担について

本治療は保険適用外のため、全額自費診療となります。

診療費用は患者様の症状、施術範囲、回数などにより異なります。

《初期費用》

初診料	5,000 円
血液検査料（5項目）	10,000 円

《施術費用》

PRP 1 c c	150,000 円
PRP 2 c c	200,000 円
PRP 3 c c	250,000 円
PRP 4 c c	300,000 円

※価格は税抜表記

《キャンセル料》

施術用の血液採取後のキャンセルでは、施術費用の30%をキャンセル料としてお支払いいただきます。

10.担当医師及び相談窓口

《 担当医師 》

以下の担当医師が、あなたを担当致しますのでいつでもご相談ください。

この治療について知りたいことやご心配なことがありましたら遠慮なく担当医師にご相談下さい。

● 担当医師 :

《 相談窓口 》

本治療へのご意見ご質問など遠慮なく以下の窓口にご相談ください。

R Dクリニック札幌
(電話 0120-500-003)

治療同意書（患者控え）

殿

このたび、私は血液を採取し、PRP治療を行うにあたり、担当医師より詳細な説明を受け、同意いたしました。

特に下記項目については、担当医師とともに確認いたしました。

- エイズを含めた感染症を検査すること
- 検査の結果、感染症が認められた場合治療を断念すること
- 強力な表面麻酔効果を得るため「麻酔クリーム」を使用すること
- クエン酸ナトリウムを少量使用すること
- 治療料金についての資料による内容の説明をすること

20 年 月 日

患者様 _____ (本人)

医 師 _____ (本人)

同席者（任意） _____ (本人)

【その他特記事項】

重要) この同意書にサインすることで患者様の正当な権利が制限されることは一切ありません。

また、この同意書の存在が、担当医師の免責に供されることもありません。