

再生医療等提供のご説明

再生医療等名称: 自己多血小板血漿を用いた口腔内組織の再生治療

この説明文書は、あなたに再生医療等提供の内容を正しく理解していただき、あなたの自由な意思に基づいて再生医療等の提供を受けるかどうかを判断していただくためのものです。

この説明文書をよくお読みいただき、担当医師からの説明をお聞きいただいた後、十分に考えてから再生医療等の提供を受けるかどうかを決めてください。ご不明な点があれば、どんなことでも気軽にご質問ください。

1. 再生医療等の名称、厚生労働省への届出について

本治療法は「自己多血小板血漿を用いた口腔内組織の再生治療」という名称で、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」に基づき、厚生労働大臣に「再生医療等提供計画」を提出しています。

2. 提供医療機関等に関する情報について

医療機関名: 医療法人社団 ダイ・デンタルクリニック

医療機関の管理者: 理事長 齋藤 大輔

再生医療等を提供する歯科医師: 齋藤 大輔、清水 優香

3. 再生医療等の目的及び内容について

本治療法は血小板から分泌される様々な成長因子(細胞の増殖、成長を促進する物質)が人が本来持っている治癒能力や組織修復能力あるいは再生能力を最大限に引き出す働きを持つことを利用し、歯周組織の再生ならびに創傷の治癒、改善を目的として提供されます。

再生医療等を受ける本人(あなた)から血液を採取し、血小板を濃縮した多血小板血漿を製造します。製造した多血小板血漿は注射器を用いて患部に注入を行います。

多血小板血漿の注射後は、歯周包帯により1週間維持します。

歯周包帯の除去後、洗浄、検査、評価を行い、さらに一週間後に同様に洗浄、検査、評価を行います。

その後は、定期健診に移行いたします。

※以下、血小板を濃縮した多血小板血漿を PRP と記載いたします。

4. 再生医療等に用いる細胞について

本治療に用いる PRP は再生医療等を受ける本人(あなた)から採取した血液を元に製造し、主に血小板から構成されます。血液の採取は当院にて、注射器を用いて採取します。採取した血液を本治療専用の血液成分分離装置を用いて遠心分離(遠心力を利用して、細胞の大きさによって血液中の細胞を分離する方法)により PRP を精製抽出します。

5. 再生医療等を受けていただくことによる利益(効果など)、不利益(危険など)について

本治療を受けていただくことにより、PRP が有する治癒能力や組織修復能力により、歯周組織の再生や創傷の治癒、歯周病の症状改善についての治療効果が得られる可能性があります。

本治療は患者様ご本人の血液から採取した細胞を使用するため、免疫拒絶や合併症などの危険性は低く、重大な副作用などの発生も報告されていません。採血に伴う新規創傷や治療部位の一時的な腫れ等が発生する可能性は否定できませんが、自然に治癒した後遺症が残るような重篤な健康被害につながる可能性は低いと考えられます。

6. 再生医療等を受けることを拒否することができます。

あなたは、本治療を受けることを強制されることはありません。説明を受けた上で、本治療を受けるべきでないと判断した場合は、本治療を受けることを拒否することができます。

7. 同意の撤回について

あなたは、本治療を受けることについて同意した場合でも、治療を受ける前であればいつでも同意を撤回することができます。

8. 再生医療等を受けることの拒否、同意の撤回により、不利益な扱いを受けることはありません。

あなたは、説明を受けた上で本治療を受けることを拒否したり、本治療を受けることを同意した後に同意を撤回した場合であっても、今後の診療・治療等において不利益な扱いを受けることはありません。

9. 個人情報の保護について

本治療を行う際にあなたから取得した個人情報は、本院が定める個人情報取扱実施規程に従い適切に管理、保護されます。

10. 細胞などの保管及び廃棄の方法について

本治療のために採取させていただいた血液や、製造した PRP の一部の保管は行いません。血液の採取後や PRP の製造後に同意を撤回されたことにより使用しなくなった場合は、廃棄物処理法に従い感染性廃棄物として処理業者に委託して廃棄を行います。

11. 苦情及びお問い合わせの体制について

当院では、以下のとおり本治療法に関する苦情及びお問い合わせの窓口を設置しております。窓口での受付後、治療を行う医師、管理者(院長)へと報告して対応させていただきます。

窓口部署:院長

連絡先:0465-20-3233

12. 費用について

この治療は公的保険の対象ではありませんので、当院所定の施術料として10万円(税別)をお支払いいただきます。

※患者様の症状、その他の事情等により治療費が変動する場合があります。

なお、細胞の採取後や加工後に同意を撤回された場合など、同意を撤回される時点までに費用が発生している場合は、発生した費用については患者様にご負担いただきますのでご了承ください。

13. 他の治療法の有無、本治療法との比較について

歯周病の治療法としては、原因である歯垢の除去および歯石の除去、歯の根の面の滑沢化、ぐらぐらする歯の咬み合わせの調整などの歯周基本治療が最初に行われます。これらの歯周基本治療は歯周病の進行を遅らせ症状を改善させる可能性があります。症状の進行度によっては十分な効果が見られず手術が必要となる可能性があります。

インプラント治療の前に行う治療法としては、自己多血小板血漿を併用せずに自家骨や人工骨のみを移植する方法もあります。この方法では、血液の採取も必要なくより安価に実施することができますが、歯周組織の再生効果は本治療よりも劣る可能性があります。

本治療を受けていただくことにより、PRP が有する治癒能力や組織修復能力により、歯周組織の再生や創傷の治癒、歯周病の症状改善について他の治療法よりも根本的な治療効果が得られる可能性があります。

14. 健康被害に対する補償について

本治療が原因であると思われる健康被害が発生した場合は、可能な限り必要な処置を行わせていただきますので、直ちに当院までご連絡ください。

15. 再生医療等の審査を行う認定再生医療等委員会の情報、審査事項について

「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」により、再生医療等提供計画は厚生労働大臣への提出前に「認定再生医療等委員会」による審査を受ける必要があります。当院では、本治療に関する再生医療等提供計画について、以下のとおり審査を受けています。

審査を行った認定再生医療等委員会：ヴィヴィアン認定再生医療等委員会

委員会の苦情及び問い合わせ窓口：080-2740-2323

審査事項：再生医療等提供計画及び添付資料一式を提出し、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」により定められた「再生医療等提供基準」に照らして審査を受けています。

16. その他の特記事項

・本治療を受けていただいた後は、健康被害の発生や治療の効果について検証させていただくため、定期的に通院いただき経過観察をさせていただきます。また、必要に応じてそれ以外の時期にも通院をお願いさせていただきます可能性があります。

・患者様の体調が良くない場合や、採取した血液の状態によっては、PRP を分離できないことがあります。その際には、再度採血をさせていただく場合があります。

・PRP を濃縮する機器は定期的にメンテナンスを行っていますが、突然の不具合発生により、治療の日程やお時間を変更させていただく場合がございますので、ご理解の程お願いいたします。

・本治療の実施にあたって、ヒトゲノム・遺伝子解析は行いません。

・本治療の実施にあたって採取した細胞、製造した PRP を今後別の治療、研究に用いることはありません。

同意書

医療法人社団 ダイ・デンタルクリニック 理事長 齋藤 大輔 殿

私は再生医療等（名称「自己多血小板血漿を用いた口腔内組織の再生治療」）の提供を受けることについて以下の説明を受けました。

- 再生医療等の名称、厚生労働省への届出について
- 提供医療機関等に関する情報について
- 再生医療等の目的及び内容について
- 再生医療等に用いる細胞について
- 再生医療等を受けることによる利益（効果など）、不利益（危険など）について
- 再生医療等を受けることを拒否することができること
- 同意の撤回について
- 再生医療等を受けることの拒否、同意の撤回により、不利益な扱いを受けないこと
- 個人情報の保護について
- 細胞などの保管及び廃棄の方法について
- 苦情及びお問い合わせの体制について
- 費用について
- 他の治療法の有無、本治療法との比較について
- 健康被害に対する補償について
- 再生医療等の審査を行う認定再生医療等委員会の情報、審査事項について
- その他特記事項

上記の再生医療等の提供について私が説明をしました。

説明年月日 年 月 日
説明担当歯科医師

上記に関する説明を十分理解した上で、再生医療等の提供を受けることに同意します。
なお、この同意は治療を受けるまでの間であればいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 年 月 日
患者さんご署名
代諾者ご署名

同意撤回書

医療法人社団 ダイ・デンタルクリニック 理事長 齋藤 大輔 殿

私は再生医療等（名称「自己多血小板血漿を用いた口腔内組織の再生治療」）の提供を受けることについて同意いたしましたが、この同意を撤回いたします。
なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他の費用については私が負担することに異存はありません。

撤回年月日 年 月 日
患者さんご署名
代諾者ご署名