

## 細胞提供および再生医療等の提供を受けることについてのご説明

再生医療等名称:多血小板血漿を用いた毛髪組織再生療法

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細胞の提供を行うかどうか及び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、十分に考えてから細胞提供を行うか、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「多血小板血漿を用いた毛髪組織再生療法」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. 細胞の提供を受ける医療機関、再生医療を提供する医療機関等に関する情報について

医療機関名:新宿アトムクリニック

医療機関の管理者:河合 成海

再生医療等の実施責任者:草野 敏臣

細胞の採取を行う医師:河合 成海、林 鍾学、草野 敏臣、田中 真輔、山口 立樹、車 先進、山口 直紀

再生医療等を提供する医師:河合 成海、林 鍾学、草野 敏臣、田中 真輔、山口 立樹、車 先進、山口 直紀

### 3. 細胞の用途、再生医療等の目的及び内容について

今回採取させていただく細胞は「多血小板血漿を用いた毛髪組織再生療法」に使用します。

血小板は、血液に含まれる細胞で、体の中では怪我をしたときのかさぶたの形成や傷の治癒に働いています。血小板には、成長因子と呼ばれる、細胞の増殖や活性化に働く物質を放出することにより、細胞増殖の活性化や、ヒアルロン酸やコラーゲンの生成を促進する働きがあります。

本治療は、ご自身の血液から血小板が多く含まれる血漿成分(多血小板血漿:PRP)を抽出して投与し、血小板から分泌される成長因子の働きにより毛髪の発毛、発育の促進、脱毛の抑制を目的とした治療法です。

注射の際には注射またはクリームによる麻酔を行います。

### 4. 細胞提供者として選定された理由

本治療法では、再生医療等を受ける本人(あなた)から採取した細胞を用いるため、あなたが細胞提供者として選定されました。

(選定基準)

再生医療等を受ける本人であること。

(除外基準)

細胞提供者としての独自の除外基準は設定しない。

なお、再生医療等を受ける方の基準は以下の通りとなります。

#### 【選択基準】

年齢による基準は定めない。外来通院可能であり以下の除外基準に該当せず、本治療に対し文書による同意を得た患者を対象とする。

#### 【除外基準】

以下に該当する者は本治療の対象外とする。

- ・妊娠している者(授乳中は、医師と相談の上判断する)
- ・感染症を発症している者
- ・血小板不全症候群、敗血症、再生不良性貧血、血小板減少症などの血液に起因する疾病を有する者
- ・血液凝固異常と診断された患者
- ・著しい貧血症例(男女とも Hb 7g/dL 未満)
- ・白血病の患者

その他、治療を受ける者の健康状態、身体的条件を勘案し、本治療を受ける医師が治療の提供の可否を判断する。

#### 5. 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遠心分離機と専用チューブを用いて遠心分離(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。

#### 6. 細胞の提供や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

細胞を提供いただき、治療を受けていただくことにより以下の利益、不利益が想定されます。

本治療により、血小板から分泌される様々な成長因子が、毛乳頭細胞と呼ばれる毛髪の周期を調節する機能を持つ細胞に働きかけ、毛髪の成長期(毛が伸びる時期)を延長し、退行期(成長が終わり、毛が抜ける時期)が来るのを遅らせることにより、発毛の促進及び抜け毛の抑制に効果があります。また、通常、毛が抜け落ちて、毛包と呼ばれる毛根を包み込む器官から新しい毛が生え変わりますが、薄毛の場合は毛包が損傷し、新しい毛が生えにくくなることが知られています。この治療法では、血小板から分泌される成長因子が、毛包を形成するケラチノサイトや毛乳頭細胞などの増殖を促進することにより、毛包を再生し、新しい毛が生えてきやすくなる働きがあります。

本治療は、再生医療等を受ける本人(あなた)の血液から作製した多血小板血漿を用いるため、感染症やアレルギー反応の危険性が低い治療法です。細胞の採取に際して、採血による内出血、神経損傷の可能性があり、また、治療後数日間は、軽度の炎症、痛みや腫れ、発赤などの症状が見られる可能性があります。いずれも徐々に改善していきます。後遺症が残ったり、処置が必要となるような重大な健康被害は報告されていません。

#### 7. 細胞の提供や再生医療を受けることを拒否することができます。

あなたは、細胞を提供することや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、細胞の提供や本治療を受けるべきでないと判断した場合は、細胞の提供や本治療を受けることをいつでも拒否することができます。

#### 8. 同意の撤回について

あなたは、細胞の提供や本治療を受けることについて同意した場合でも、細胞提供に関しては細胞の加工を行う前、本治療に関しては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。

#### 9. 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、説明を受けた上で細胞の提供や本治療を受けることを拒否した場合や、細胞の提供や本治療を受けることに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を被ることはありません。

#### 10. 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。

### 11. 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の一部及び作製したPRPの保管は行いません。血液の採取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。

### 12. 再生医療等に係る特許権、著作権その他の財産権、経済的利益の帰属について

あなたから提供を受けた細胞を用いる再生医療等に係る特許権、著作権その他の財産権、経済的利益は当院に帰属します。

### 13. 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(担当部門:新宿アトムクリニック)

住所:東京都新宿区西新宿 7-10-7 加賀谷ビル 7 階・5 階

電話番号:0120-497-023

担当:加藤

営業時間:10-20 時

営業時間外の連絡先:info@suisai-kai.com

### 14. 費用について

細胞の提供に際して費用は発生しません。

治療の提供に際しては、本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150,000 円(税込)の金額をお支払いいただきます。

※患者様の症状、投与場所や投与量、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。

### 15. 他の治療法の有無、本治療法との比較について

本治療法と近い効果が得られる治療法には、ミノキシジル、プロペシア等の薬剤の服用があります。

これらの薬剤の服用は、既製の薬剤を服用するため、採血なども必要なく、より手軽かつ安価に治療を受けることができますが、毎日服用する必要があります。

一方で、本治療法は、採血をしなければならないため治療時間が長く、薬剤の服用よりも治療費も高額になりますが、患者様本人の細胞を用いるため拒絶反応の心配もなく、症状にもよりますが、数カ月で1回の治療で効果が期待できます。

### 16. 健康被害に対する補償について

細胞の提供や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。なお、その際の費用については、施術の問題により発生したことが明らかな場合は無償で対応させていただきますが、予期できる副作用やご本人の体質によるものの場合は費用をいただく場合がございます。

### 17. 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:JSCSF 再生医療等委員会(認定番号:NA8230002)

委員会の苦情及び問い合わせ窓口:03-5542-1597

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。

#### 18. 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、本治療を受けた日から6カ月後まで、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く可能性がございます。
- ・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

新宿アトムクリニック 管理者 河合 成海 殿

私は再生医療等(名称「多血小板血漿を用いた毛髪組織再生療法」)に用いる細胞の提供を行う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
- ☐細胞の提供を受ける医療機関に関する情報について
- ☐細胞の使途について
- ☐細胞提供者として選定された理由
- ☐細胞の提供による利益(効果など)、不利益(危険など)について
- ☐細胞の提供を拒否することができること
- ☐同意の撤回について
- ☐細胞の提供の拒否、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
- ☐再生医療等に係る特許権、著作権その他の財産権、経済的利益の帰属について
- ☐苦情及びお問い合わせの体制について
- ☐費用について
- ☐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

私は再生医療等(名称「多血小板血漿を用いた毛髪組織再生療法」)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

上記の内容について私が説明をしました。

説明年月日 年 月 日  
説明担当医師 印

上記に関する説明を十分理解した上で、細胞の提供及び再生医療等提供を受けることに同意します。  
 なお、この同意は細胞の加工を開始、又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                      (ご本人との関係:                      )

## 同意撤回書

新宿アトムクリニック 管理者 河合 成海 殿

私は再生医療等(名称「多血小板血漿を用いた毛髪組織再生療法」)に用いる細胞の提供を行う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  |   |   |   | (ご本人との関係: ) |

## 同意撤回書

新宿アトムクリニック 管理者 河合 成海 殿

私は再生医療等（名称「多血小板血漿を用いた毛髪組織再生療法」）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  |   |   | （ご本人との関係：      ） |