

多血小板血漿を用いた老化や外部刺激等による肌萎縮再生治療

治療説明書・同意書

1) 治療の概要

「多血小板血漿を用いた老化や外部刺激等による肌萎縮再生治療」は、血液を固めてくれる物質の血小板を、取り分けて少量の血漿（ケツショウ）と一緒に修復したい箇所に注射して、患部の肌に働きかけます。入院する事なく、採血したら当日に自家多血小板血漿の注射を受ける事ができます。

治療は血液約 8mL～50mL（治療する箇所によって変動する）採取し、院内の加工施設内で調整します。治療する患部へ加工した自家多血小板血漿を注射器で投与します。加工された自家多血小板血漿は、皮膚のデリケートな部位に接種するため、麻酔効果のある薬剤と混ぜて接種します。接種後、4 週間後に肌修復箇所の状態を見て、まだ皮膚が再生していない状況であれば、再度採血をして自家多血小板血漿の注射をします。

2) 対象患者と、対象者の基準について

① 対象患者

小じわ・目の下や頬部のくぼみ・たるみ・ほうれい線の改善やニキビ跡など、顔や首、手背など血流の豊富な部位の肌修復を目的とする 20 才以上の成人

② 対象者の基準

- ・バイタルサインとして、血圧（収縮期：159 mm Hg 以下、拡張期：99 mm Hg 以下）、体温（37℃以下）、動脈血酸素分圧（95%以上）であること。

- ・通院可能であり、本治療について文書により同意を得た者、ただし以下の除外基準を含まないものとする

- ・当該 PRP 治療に対して理解が不十分な者、当該 PRP 治療を受けるに足る判断能力等がない者、当該 PRP 治療を希望しない者、悪性腫瘍／感染性疾患／明らかな炎症性疾患があるものは対象としない。また自分で意思表示できないものは対象としない。

問診にて、局所に感染がある方、ケロイド体質の方、同部位への注入間隔が 1 ヶ月に満たない方、ヒアルロン酸以外の注入剤・金属が充填されている方、ヒアルロン他充填剤の使用によりアレルギー経験がある方、妊娠している方、悪性腫瘍の方またはその可能性のある方、全身状態が不安な方、肝機能障害のある方、ワーファリンなど抗凝固薬を服用している方、血液疾患各種ウイルス(HBV/HCV/HIV/HTLV-1)に感染している者、など医師が治療不適

当と判断した者は対象としない。

3) この治療の予想される効果と起こるかもしれない副作用

② 採血時にごくまれに神経を痛めることがあります但し医師が適切な治療を施します。

②自家多血小板血漿を注射すると、肌の真皮に働きかけて線維芽細胞の増殖を促したり、コラーゲン産生を促してくれるため、細胞が萎縮するのを抑える効果が期待できます。

自己の血液を無菌的に管理された場所で当日加工するため、感染など継続して治療が必要な有害事象はありません。副作用としては、注射した部位周辺の腫れや痛み、出血、違和感が多くの方にはありますが、48 時間以内に自然に治まります。

4) 他の治療法の有無及びこの治療法との比較

皮膚の治療は、他にはヒアルロン酸注入やボトックス注入、レーザー治療があります。ヒアルロン酸注入やボトックス注入は、効果が素早く現れますが、肌に薬剤を入れる事に抵抗がある方がいます。レーザー治療は効果が早く現れますが、目の周り等には行えません。一方、多血小板血漿療法は速攻性はありませんが、ご自身の血液を濃縮する技法なので、薬剤を使わず目の周り等の箇所にも治療が受けられます。

5) この治療は患者様の判断で受けるか否かは任意です

治療を受けることを拒否すること、並びに治療の継続、中止については患者様の自由意思により決定されます。したがって、治療の途中を含め、いかなる場合においても患者様の意思により治療を取りやめることができます。この治療はいつでも取りやめることができます。

6) この治療を受けないこと、または同意を撤回することにより不利益な取扱いを受けないこと

治療を拒否された場合並びに治療途中で同意を撤回された場合においても如何なる不利益を受けることはありません。

7) 同意の撤回について

治療に対する同意の撤回を行う場合には受付より「同意撤回書」を受領して必要事項を記入の上、受付へ提出してください。

8) この治療を中止する場合があること

患者様の都合や医師の判断で治療を中止または変更する場合があります。

この場合、以後の予約した治療費用は発生いたしません。

9) 患者様の個人情報保護に関すること

患者様の個人情報は個人情報保護法に則って厳格に取扱われるため、院外へ個人情報が開示されることはありません。ただし、治療の効果向上を目的とした関係学会等への発表や報告、並びに当院の治療成績の公表等へ匿名化した上で患者様の治療結果を使用させていただくことがあります。

10) この治療の費用について

自家多血小板血漿療法は保険適応外のため、全額自費となり、以下の費用がかかります（税別）。

初診料	<u>10,000 円</u>
治療費用 1ml	<u>100,000 円</u>
2ml	<u>200,000 円</u>

11) 細胞加工物の管理保存について

加工した自家多血小板血漿は、当日中に全て患部に投与するために保存する事はありません。

12) 患者様から採取された試料等について

患者様から採取された血液は院内の細胞加工施設で、全て加工に使われます。そのため、本治療以外に用いることはなく、また、本治療以外の目的として、他の医療機関へ提供することも個人情報が開示されることもございません。

13) 当該細胞の提供や再生医療治療時による健康被害に対する補償に関して

医療行為に起因する事故における補償は「医師賠償責任保険」により、補償いたします。

しかし、この治療は新しい治療であり、その効果についての確証は得られていません。その為、本治療で効果がなかった場合は補償の対象とはなりません。

14) 当該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又は経済的利益の帰属に関すること

治療の効果向上を目的とした関係学会等への発表や報告、並びに当院の治療成績の公表等へ匿名化した上で患者様の治療結果を使用させていただくことがあります。その際のデー

タは当院に帰属する事とさせていただきます。PRP 療法に関して細胞提供者から提供された PRP に関する財産権は当クリニックに帰属します。細胞提供者には PRP 療法に関する特許権・著作権及び財産権は帰属しません。また、PRP 療法を行うことで第三者の特許権・著作権及び財産権を侵害することはありません。

15) いつでも相談できること

治療の内容、スケジュール、費用等につきましては、いつでもご相談頂くこと可能です。尚、お電話でのご相談は患者様ご本人の確認が取れる場合のみ、お受けいたしております。

16) 本治療の実施体制について

本治療の実施体制は以下の通りとなります。

実施医療機関の名称：茜道頓堀クリニック 電話番号： 06-6213-3311

実施医療機関の管理者/実施責任者：王 云驄

細胞採取を行う医師：王 云驄

再生医療を行う医師：王 云驄

17) 届出について

この治療は再生医療提供計画として厚生労働省に届出をしております。

再生医療等提供計画の内容は下記、認定再生医療等委員会の審査を受けています。

医療法人清悠会認定再生医療等委員会 (NB5150007)

ホームページ <https://saisei-iinkai.jimdo.com/> TEL 0 5 2 7 3 9 6 1 6 3

同意書

茜道頓堀クリニック 院長 王云驄 殿

私は再生医療等（名称「多血小板血漿を用いた老化や外部刺激等による肌萎縮再生治療」）の提供を受けることについて、「再生医療等提供のご説明」に沿って以下の説明を受けました。

- ☐ 治療の概要
- ☐ 対象患者と、対象者の基準について
- ☐ この治療の予想される効果と起こるかもしれない副作用
- ☐ 他の治療法の有無及びこの治療法との比較
- ☐ この治療は患者様の判断で受けるか否か
- ☐ この治療を受けないこと、または同意を撤回することにより不利益な取扱いを受けないこと
- ☐ 同意の撤回について
- ☐ この治療を中止する場合があること
- ☐ 患者様の個人情報保護に関すること
- ☐ この治療の費用について
- ☐ 細胞加工物の管理保存について
- ☐ 患者様から採取された試料等について
- ☐ 当該細胞の提供や再生医療治療時による健康被害に対する補償に関して
- ☐ 当該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又は経済的利益の帰属に関すること
- ☐ いつでも相談できること
- ☐ 本治療の実施体制について
- ☐ 届出について

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

説明担当者

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

患者様ご署名 _____

同意年月日 ____ 年 ____ 月 ____ 日

同意書撤回書

茜道頓堀クリニック 院長 王云驄 殿

私は再生医療等（名称「多血小板血漿を用いた老化や外部刺激等による肌萎縮再生治療」）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

患者様ご署名 _____

同意年月日 ____年 ____月 ____日