

同意書 2 枚つづり

子宮内膜に対する着床環境の改善を目的とした
自家多血小板血漿（PRP）を用いた治療

説明文書・同意書

同意撤回書

第 2.0 版 2024 年 4 月 10 日

子宮内膜に対する着床環境の改善を目的とした自家多血小板血漿（PRP）を用いた治療

*** 説 明 文 書 ***

この「説明文書」は、これから医師がお話しする「子宮内膜に対する着床環境の改善を目的とした自家多血小板血漿（PRP）を用いた治療」について書かれたものです。必ず説明を受け、この文書をよくお読みください。わからないことがあれば、なんでもおたずねください。

あなたがこの治療を受ける場合は、最終ページの「同意書」にご自身のご署名とご記入をお願いします。

1.提供される再生医療等の内容

子宮内膜に対する着床環境の改善を目的とした自家多血小板血漿（PRP）を使った治療とは、患者さん自身の血液から抽出した高濃度の血小板を子宮内に注入する方法です。血小板は、出血を止める作用の他に、細胞の成長をうながす物質や免疫にかかわる物質を含むため、PRP療法により子宮内膜が厚くなることが期待できます。そのことにより、受精卵が着床しやすくなる可能性が高くなると考えられています。PRPは、顔の皮膚や関節に投与する研究もおこなわれています。

海外での子宮内膜に対するPRP治療の研究は中国、イラン、インド、ベネズエラ、韓国、ギリシャ、アメリカなどで実施されており、研究報告がされています。現在は、PRP療法を受けた患者さんが少ないため、PRPの注入により子宮内膜が厚くなるのかどうかは、まだ十分に明らかになっていませんが、肯定的な結果が出ています。2018年から2019年にかけて、日本での患者さんを対象として、東京の山王病院で臨床研究をおこないました。PRPが注入された36名の患者さんのうち、32名に胚移植を実施し、5名に妊娠を認めました（15.6%）。PRPの注入により子宮内膜は平均で約0.7mm増加がみられました。有害事象はありませんでした。2019年の日本受精着床学会で中間状況が発表されています。最終結果につきましては、日本生殖医学会の英文誌の *Reproductive Medicine and Biology* に発表されています。治療に当たっては説明書に則って、担当医師から丁寧な説明を致します。なお、この治療は厚生労働大臣に再生医療等提供計画を提出して実施しています。

<方法>

この治療が受けられるのは、タイミング治療もしくは人工授精、胚移植を予定する成人女性患者さんです。このほかにも参加基準はこまかく定められており¹、これまでの診療情報をもとに担当医師が判断します。

PRPの調製は専門家が無菌の状態でおこないます。患者さんの前腕から静脈血を20mL採取し、専用の機械（遠心分離機）で血漿部分を抽出します。

このようにして調製したPRP（1mL）は、子宮用チューブで患者さんの子宮内に注入されます。なお、採取したPRPが固まるなど、その性状が注入に不適切と判断された場合には投与を中止することがあります。（採血前に中止した場合の費用は請求いたしません）調製されたPRPは全量を使用しますので、保管はしません。

1 参加基準

- (1) タイミング治療もしくは人工授精、胚移植を予定する成人女性患者
- (2) 主治医の判断下子宮内膜の菲薄化が認められた者、良好な胚を1回以上移植しても妊娠しない者など、着床障害患者を対象とする。
- (3) 患者の主訴の解決又は患者の希望や期待に対して、慢性子宮内膜炎や子宮手術歴など PRP による治療が有効な手段であると考えられる患者。
- (4) 医師問診により HBV, HCV, HIV, RPR, TPHA の感染の有無を確認し、陰性であった方
- (5) 本再生医療等を提供する医師が適当と判断した患者
- (6) 治療対象者本人から本治療に対して同意文書で同意が得られている

除外基準

- (1) 悪性腫瘍にかかっている、またはかかったことがある方
- (2) 血球検査によりヘモグロビン Hb の値が 11 g/dL に満たない者
- (3) 重篤な感染を有している方
- (4) その他、再生医療等を行う医師が本治療の対象として不適当と判断するもの。
※血小板 150,000/㎍未満の患者、抗凝固剤を投与中の者については医師の判断により決定する。

<スケジュールと治療>

治療中は、定められたスケジュールで来院して、以下の検査や調査をうけます。

- 説明文書を用いてこの不妊治療の内容について説明を行い、文書による同意を得ます。
- 治療前に問診や臨床検査を実施し、子宮内膜の厚さを経腔エコーで測定します。
- 臨床検査の結果によっては参加できないことがあります。
- 月経周期（月経が始まった日が1日目）の10日目頃、12日目頃に子宮内膜厚を経腔エコーで測定し、PRPを子宮内に注入します。ただし、医師の判断等により前後することがあります。なお、12日目の2回目は患者さんの希望で省略することができます。
- 月経周期の14日目に子宮内膜の厚さを経腔エコーで測定します。
- タイミング治療もしくは人工授精、胚移植の実施時期は担当医と相談した上、決定します。
- タイミング治療もしくは人工授精、胚移植2週間後頃に妊娠検査（hCGテスト）をおこないます。
- タイミング治療もしくは人工授精、胚移植3週間後頃に着床検査（超音波検査）をおこないます。
- 着床した場合、タイミング治療もしくは人工授精、胚移植1年後に出産の有無を調べます。

2. 当該再生医療等の実施により予測される効果及び危険

<予測される効果>

PRP を子宮内へ注入することで子宮内膜が厚くなる効果が期待できます。そのことにより、受精卵が着床しやすくなり妊娠率が上昇する可能性が期待できます。しかしながら、全ての方に効果があるとは限らず、また胚移植まで至らない場合もあります。また、妊娠と出産の成否には様々な要因が関わっているため、PRP 治療だけで成否を判断することは出来ません。

<予測される危険>

また、PRP 療法は、患者さん自身の血液を使うため、副作用が起こる可能性が低く負担が少ないと考えられていますが、以下のような危険が起こる可能性が考えられます。これまでの海外、国内で具体的な有害事象は報告されていません。治療中に他の病気にかかったときや、いつもと体調がちがうときは、担当医師にお知らせください。患者さんの治療を最優先し、治療の変更や症状への処置など、担当医師が対応します。

- 採血に伴う症状：採血の時に痛みや出血などの可能性があるため
- 感染：PRP の調製中に感染する物質が混入する可能性が考えられるため
- 膣や子宮内の擦過傷：PRP の子宮内への注入にチューブを挿入するため

3. 他の治療法の有無、内容、他の治療法により予測される効果及び危険との比較

この再生医療を受けない場合は、PRP の注入をおこなわず、タイミング治療もしくは人工授精、胚移植をおこないます。選択できる代替治療法については、担当医師とよくご相談ください。

4. 再生医療等を受けることを拒否することは任意であること

この再生医療を受ける受けないはあなたの自由意思で決められます。この治療はあなたが決めることであり、あなたの自由です。また、この再生医療を受けることに同意したあとでも、お申し出頂ければやめることができます。

5. 再生医療等を受けることを拒否すること又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

この再生医療を受けない場合や、途中でやめる場合も、今後の診療に支障がでることはなく、あなたへの不利益は一切ありません。

6. 同意の撤回に関する事項

この再生医療を受けない場合や、途中でやめる場合、担当医師はあなたと話し合っ、その後の方針を決めます。選択できる治療法については、担当医師とよくご相談ください。途中でやめる場合は同意撤回書を提出ください。

7. 再生医療等を受ける者の個人情報の保護に関する事項

当院には、「個人情報保護方針」及び「個人情報取り扱い等について」に基づき、個人情報保護方針（プライバシーポリシー）があります。個人情報保護法を遵守し、あなたのカルテや記録などから集める情報のプライバシーの保護に十分配慮いたします。この治療の結果は医学研究の症例報告等に利用される可能性があります、その場合にあなたの個人情報が公開される事はありません。

8. 再生医療等の実施に係る費用に関する事項

この治療（採卵や移植に関する治療も含め）を受ける場合、保険適応外のため、自費診療となります。診療費は

PRP 注入（2 回）で 20 万円（消費税別）です。PRP 注入を 1 回にした場合は 15 万円（消費税別）になります。

9. 健康被害の補償

本医療は、ご自身の細胞（血液）を使って、かつ、研究としてではなく治療として行われるものであるため、法律上、細胞の提供及び再生医療の提供のいずれについても健康被害に対する補償は義務付けられておらず（再生医療等の安全性確保等に関する法律施行規則 22 条 1 項 2 項）、当院においても補償は致しません。しかしながら、細胞の提供又は再生医療の提供により健康被害が生じた場合は、当院において可能な限り必要な処置を行わせて頂きます。ただし、その処置費用は自己負担となり、公的医療保険（被用者保険や国民健康保険等）の適用の可否を一概に申し上げることができません。なお、本医療の提供につき当院に過失があつて損害賠償責任が認められる場合には、賠償責任保険等により対応させて頂きます。

10. 細胞等の保管及び破棄の方法について

この治療にて採取した血液はあなた本人の治療のみに使用します。ただし、症例検討や学会発表を目的として、患者様より採取した血液及び調整した細胞加工物（自家 PRP）の測定を行い、データを取得することがあります。その場合でも子孫に受け継がれる遺伝的特徴等に関する重要な知見が得られる可能性は

ありません。

この治療の為に採取した血液や、製造した自家 PRP は原則、全量を使います。また、この治療は、細胞提供者と再生医療等を受ける者と同じであり、採取した細胞は微量で培養工程を伴わず、短時間の操作により人体への投与が行われるため、細胞加工物の保存が再生医療等を受ける者に感染症発症等の発生した場合の原因の究明に寄与すると期待できないことから、細胞加工物の試料等の保存は行いません。

11. その他当該再生医療等の提供に関し必要な事項

〈再生医療を提供する医療機関 医師名〉

医療法人翔仁会 仙台 ART クリニック

実施責任者 吉田 仁秋

再生医療を行う医師 吉田 仁秋 片桐 未希子 品川 真澄 西澤 圭織
淵之上 康平

〈当施設の相談窓口〉

この再生医療等についてご相談がありましたら、以下の相談窓口にお気軽にご連絡ください。治療の内容をもっとくわしくお知りになりたい場合なども、遠慮なくご相談ください。

〈医療機関名〉

医療法人翔仁会 仙台 ART クリニック 受付

電話：022-791-8851

〈特定認定再生医療等委員会〉

この再生医療等は以下の特定再生医療等委員会で科学性と倫理性について審査されています。

CONCIDE 特定認定再生医療等委員会

一般社団法人日本保健情報コンソシウム 代表理事 齋藤 和邦

〒102-0084

東京都千代田区二番町1-1-3 相互二番町ビルディング別館7階

電話：03 5772 7584 FAX：03 5772 6910

認定番号 NA8160002 番

理事長殿

*** 同意書 ***

子宮内膜に対する着床環境の改善を目的とした自家多血小板血漿（PRP）を用いた治療

私は、この治療について以下の説明をうけ、十分に理解した上で、自らの意思で治療を受けることに同意します。

- 提供される再生医療等の内容
- 当該再生医療等の実施により予測される効果及び危険
- 他の治療法の有無、内容、他の治療法により予測される効果及び危険との比較
- 再生医療等を受けることを拒否することは任意であること。
- 再生医療等を受けることを拒否すること又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。
- 同意の撤回に関する事項
- 再生医療等を受ける者の個人情報の保護に関する事項
- 再生医療等の実施に係る費用に関する事項
- 再生医療等の実施による健康被害に対する補償に関する事項
- 細胞等の保管及び破棄の方法について
- その他当該再生医療等の提供に関し必要な事項

あなたご自身でご記入ください

同意日： 年 月 日

氏 名：

医 師

説明日： 年 月 日

説明医師名：

補助説明者（必要な場合のみ）

説明日： 年 月 日

氏 名：

理事長殿

*** 同意書 ***

子宮内膜に対する着床環境の改善を目的とした自家多血小板血漿(PRP)を用いた治療

私は、この治療について以下の説明をうけ、十分に理解した上で、自らの意思で治療を受けることに同意します。

- 提供される再生医療等の内容
- 当該再生医療等の実施により予測される効果及び危険
- 他の治療法の有無、内容、他の治療法により予測される効果及び危険との比較
- 再生医療等を受けることを拒否することは任意であること。
- 再生医療等を受けることを拒否すること又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。
- 同意の撤回に関する事項
- 再生医療等を受ける者の個人情報の保護に関する事項
- 再生医療等の実施に係る費用に関する事項
- 再生医療等の実施による健康被害に対する補償に関する事項
- 細胞等の保管及び破棄の方法について
- その他当該再生医療等の提供に関し必要な事項

あなたご自身でご記入ください

同意日： 年 月 日

氏名：

医師

説明日： 年 月 日

説明医師名：

補助説明者(必要な場合のみ)

説明日： 年 月 日

氏名：

理事長殿

*** 同意撤回書 ***

【治療名】 子宮内膜に対する着床環境の改善を目的とした自家多血小板血漿（PRP）を用いた治療

私は、この治療を受ける同意をしましたが、都合により自らの意思で同意を撤回することとしました。

あなたご自身でご記入ください

同意撤回日： 年 月 日

氏 名：

確認者（治療責任者または再生医療を行う医師）が記入してください

確 認 日： 年 月 日

氏 名：

同意撤回書 第 2.0 版

原本を施設に保管し、コピーを患者さんに渡してください