

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(PRP)を用いた整形外科領域における軟部組織治療

この説明書は本治療の内容・目的などについて説明するものです。
よくお読みいただくとともに、医師の説明をよくお聞きになり、PRP 療法をお受けになるか否かをお決め下さい。お受けになる場合には、同意書に署名し、日付を記載して主治医にお渡しください。ご不明な点がございましたら、どうぞ遠慮なさらず主治医にお問い合わせください。

尚、本治療は、再生医療を国民が迅速かつ安全に受けられるようにするための施策の総合的な推進に関する内容を定めた、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成 26 年 11 月 25 日施行）」を遵守して行います。また、上記法律に従い、地方厚生局の認定を受けた認定再生医療等委員会（医療法人清悠会特定認定再生医療等委員会 認定番号:NB5150007）の意見を聴いた上、再生医療等提供計画を厚生労働大臣に提出しています。

1.再生医療等の目的及び内容について

PRP 治療法は、患者様ご自身から採血した血液から血小板だけを濃縮して障害のある軟部組織の治療に利用するという方法です。ご自身の血液を使用するため身体に及ぼす負担が少なく、副作用が少ない治療法であり、副作用が懸念される非ステロイド性抗炎症剤の服用や、ステロイド剤、また、運動療法や温熱療法等の物理的治療、外科的治療に代わる治療法として、諸外国でも積極的に考案されています。

PRP を投与することによって、PRP 内の血小板に含まれる様々な成長因子が機能を発揮することで損傷した組織の再生(修復)および疼痛(鋭い痛み)の改善、さらに繰り返し PRP を投与することで、長期の鋭い痛みをコントロールする事が可能となることを期待しています。

2.本治療で用いる PRP について

PRP とは、Platelet-Rich Plasma を略した名称です。日本語では多血小板血漿と呼ばれていて、血小板の濃縮液を活性化したものを指しています。

血液1mm³ 当りに 10 万～40 万個含まれる血小板は、血管が損傷したとき損傷した場所に集まって止血をするのですが、その際に多量の成長因子を放出します。この成長因子には、組織修復のプロセスを開始する働きがあります。

PRP 治療とは、PRP に含まれる成長因子(下に詳細を記します)の力を利用して、人が本来持っている治癒能力や組織修復能力・再生能力を最大限に引き出す治療です。ご自身の血液成分だけを用いた治療ですので、免疫反応が起きにくいという点も大きなメリットです。

一般的に 1 週間～6 か月で組織修復が起こり、治療後 2 週間～3 か月に効果の出現が期待できます。また、繰り返し治療を行うことも可能です。

【PRP に含まれる主な成長因子とその働き】

・血小板由来成長因子(PDGF-aa, PDGF-ab, PDGF-bb)

細胞の複製を刺激します。血管形成・上皮形成・肉芽組織形成を促進します。

・形質転換成長因子(TGF- β 1, TGF- β 2)

細胞外マトリックス形成を促進します。骨細胞の代謝を調節します。

・血管内皮成長因子(VEGF)

血管形成を促進します。

・線維芽細胞増殖因子(FGF)

内皮細胞および線維芽細胞の増殖を促進します。血管形成を刺激します。

3.治療の流れ

(治療の流れ) 採血 ⇒ PRP 分離 ⇒ 施術

すべての治療は当日中に完了します。局部麻酔を行うことがあります。

1. 採血: 1 キット約 15ml~52ml の血液を採取します。

2. PRP 分離: 採取した血液を PRP 療法用の遠心分離機で遠心分離し PRP を作製します。

この間、患者様は待合室にてお待ちください。(30 分程度)

3. 施術: 正確な損傷部位を確認してから穿刺し、注入していきます。

治療当日の激しい運動や飲酒、マッサージなど治療部位に刺激が加わるようなことはお控えください。また、治療部位の感染を防ぐため、当日の入浴はお控えください。

4.治療の効果とメリットについて

・患者様ご自身の血液を用いる為、感染やアレルギー反応などの副作用のリスクが極めて低いです。

・自己血液から簡便に調整ができ、日帰りでの処置が可能です。

・治療痕が残りやすく、何度でも治療を受けることができます。

・PRP の投与により、損傷した組織の修復や疼痛の改善効果が期待できます。

5.治療の欠点と副作用(デメリット)について

・患者様ご自身の血液を使用するため体調や年齢などに左右され、場合によっては安定した効果が出にくいといった欠点があります(治療効果・効果の持続期間には個人差があります)。

・施術時、患部への注入には痛みを伴います。

・施術後数日間、治療部位に腫れ・痛み・熱感が出ます。

・腫れは治療部位によっては 1 週間程度続くことがあります。

・採血部位・治療部位に皮下出血が起こる場合があります。

※腫れ・痛み・熱感・内出血などは一時的ですが、症状が強く出た場合はご相談ください。

腫れや熱感を早く改善するためには、クーリング(冷やすこと)をお勧めいたします。

6.他の治療法について

今回行う PRP 治療以外にも、現在次のような治療が行われています。

・ステロイド剤を用いた治療

抗炎症作用を期待して、ステロイド剤を用いた治療が通常診療で行われていますが、逆にステロイド剤の副作用で重篤な感染症の誘発・骨粗鬆症の増悪・薬剤離脱困難等が生じてしまう可能性があります。

7.その他治療についての注意事項

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。

また、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。

8.採取した血液の取り扱いについて

本治療にて採取した血液は、患者様ご自身の治療のみに使用致します。

また、患者様より採取した血液の全てを治療に用いる為、保管は行いません。

治療に用いなかった血液は、適切に処理し全て廃棄致します。

9.再生医療等にて得られた試料について

本治療によって得られた血液は患者様ご自身の治療にのみ使用し、研究やその他の医療機関に提供することはありません。

10.健康・遺伝的特徴等の重要な知見が得られた場合の取り扱いについて

本治療を行う前にはレントゲンや MRI など用いて画像診断を行います。この診断の際に患者様の身体に関わる重要な結果が得られた場合には、その旨をお知らせいたします。

11.同意の撤回について

治療を受けるか拒否するかは、患者様の自由な意思でお決めください。

また、この治療に関して同意した後、患者様のご意思で同意を撤回することができます。同意を撤回することで患者様に不利益が生じることはありません。ただし、血液加工後の撤回については、これに該当しません。尚、血液加工途中で同意の撤回があった場合、加工途中までに発生した医療材料等の費用については患者様のご負担となります。

同意の撤回の後、再度本治療を希望される場合には、改めて説明を受け、同意することで本治療を受けることができます

12.健康被害に対する補償について

本治療は研究として行われるものではないため、健康被害に対する補償は義務付けられていませんが、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、無償で必要な処置を行わせていただきます。

13.個人情報の保護について

「個人情報の保護に関する法律」に基づき、当院には個人情報取扱実施規程があります。本規程に基づき、患者様の氏名や病気のことなどの個人プライバシーに関する秘密は固く守られ、患者様に関する身体の状態や記録など、プライバシーの保護には充分配慮いたします。今後、学術雑誌や学会にて結果や経過・治療部位の写真などを公表する可能性があります。規程に基づき患者様個人を特定できる内容が使われることはありません。

14.診療記録の保管について

本治療は自己細胞を利用して行う治療であるため、診療記録は最終診療日より原則 10 年間保管いたします。

15.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、当院所定の施術料をお支払いいただきます。

・治療費一例:

ZIMMER BIOMET 製 GPS®Ⅲシステム使用 100,000 円(税抜)

Arthrex 製 ACP ダブルシリンジ使用 25,000 円(税抜)

上記価格は一例です。詳しい費用につきましては、医師またはスタッフにお尋ね下さい。

施術後、患者様の個人的な事情及び金銭等に関する問題に関しては一切の責を負いかねますのでご了承ください。

16.本治療の実施体制

本治療の実施体制は以下の通りです。

実施医療機関の名称:愛媛大学医学部附属病院

実施医療機関管理者:杉山 隆

実施責任者:清松 悠

あなたの担当医師:

17.治療に関する問合せ先及び苦情窓口

本治療に関して、問合せ窓口を設けております。

ご不明な点がございましたら、担当医師または以下窓口までお気軽にご連絡ください。

専用窓口：愛媛大学医学部附属病院 窓口

TEL:089-960-5183

FAX:089-960-5134

18.この再生医療治療計画の審査に関する窓口

医療法人清悠会認定再生医療等委員会 事務局

ホームページ <https://saisei-iinkai.jimdo.com/>

TEL 052-891-2527

同意書

愛媛大学医学部附属病院

医師

殿

私は再生医療等（名称「多血小板血漿（Platelet-rich plasma：PRP）を用いた整形外科領域における軟部組織治療」）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。

- 再生医療等の内容及び目的について
- 再生医療等に使用する PRP について
- 再生医療等を受けることによる効果、危険について
- 他の治療法について
- 再生医療等を受けることを拒否することができること
- 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
- 同意の撤回について
- 採取した血液の保管及び廃棄について
- 健康・遺伝的特徴等の重要な知見が得られた場合の取り扱いについて
- 再生医療等にて得られた試料について
- 健康被害に対する補償について
- 個人情報の保護について
- 費用について
- その他特記事項
- 本治療の実施体制、問合せ及び苦情窓口について
- この再生医療計画の審査に関する窓口について

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_____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
代諾者様ご署名
患者様ご本人との続柄

同意書撤回書

愛媛大学医学部附属病院
医師

殿

私は再生医療等（名称「多血小板血漿（Platelet-rich plasma：PRP）を用いた整形外科領域における軟部組織治療」）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
代諾者様ご署名
患者様ご本人との続柄