

再生医療等提供のご説明

再生医療等名称:多血小板血漿を用いた皮膚再生療法

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「多血小板血漿を用いた皮膚再生療法」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. 提供医療機関等に関する情報について

医療機関名:医療法人東和会 東和会クリニック

医療機関の管理者:院長 飯田 知子

実施責任者:飯田 知子

再生医療等を提供する医師:飯田 知子、木岡 茉奈、大島 遥、石瀬 久子、関根 千香子

3. 再生医療等の目的及び内容について

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皮膚・肌の若返りや瘢痕(きずあと)の治療を目的とした治療法です。

血液は肘の静脈から採取し、院内の設備で血小板を多く含む血漿成分を分離して、治療部位に注射により投与を行います。

4. 再生医療等に用いる細胞について

血液は当院にて肘の静脈から採取し、手術室内の設備で血小板を多く含む血漿成分を分離して多血小板血漿を作製し、注射により投与を行います。

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

血小板から分泌される様々な成長因子の働きにより、細胞の増殖、組織の修復、ヒアルロン酸やコラーゲンの生成などの作用が起こり、目の下やその周囲などの小じわ、ちりめんじわ、浅いくぼみの除去に効果が期待されます。

治療効果はすぐには見られず、治療後1～2週間で効果が顕れます。

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(抽出液)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、新規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。

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

採取した血液及び作製した多血小板血漿は全量を治療に使用し、保管は行いません。採血後や多血小板血漿の作製後に治療を中断した場合は、使用しなくなった血液や多血小板血漿は医療廃棄物として業者に処理を委託することにより廃棄します。

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:事務

連絡先:072-685-5577

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、当院所定の施術料をお支払いいただきます。

費用:150,000円(税別)

※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

皮膚・肌の若返りに対して本治療と近い効果が得られる治療法には、ヒアルロン酸注射などがあります。ヒアルロン酸注射により、肌にポリウムを出し、しわやくぼみを目立たなくすることができます。ヒアルロン酸注射は本治療と比べて即効性があり、すぐに効果を実感することができます。

しかしながら、ヒアルロン酸注射は人工物を注入することによりくぼみを盛り上げる効果しかなく、肌そのものの若返り効果がありません。また、注入したヒアルロン酸は少しずつ体内に吸収されていきますので、効果は半年程度しか持続しません。

ヒアルロン酸注射を受けることによる危険として、人工物を注入するため、ごくまれにアレルギーが起こる可能性があるほか、内出血がおこる場合があります。

それに対して、本治療は、自分の細胞を用いるためアレルギーの心配はなく、血小板から分泌される成長因子の働きにより、肌そのものの若返り効果があり、人工物を注入しないのでより自然な仕上がりが期待できます。また、本治療はヒアルロン酸注射よりも効果が長く持続し、個人差がありますが約3年間は効果があります。

14. 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おりません。そのため、本治療の提供により健康被害が発生した場合でも患者さんの自己責任とさせていただきますの

でご了承ください。しかしながら、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：医療法人清悠会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：052-891-2527

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

- ・本治療を受けたあと、2か月間は再度本治療を受けることはできません。
- ・妊娠中の方、感染症や血液疾患をお持ちの方は本治療を受けることができません。また、心臓や肝臓などに疾患のある方は本治療を受けることができるか、医師による確認が必要となります。
- ・血液を固まりにくくするお薬を服用されている場合は必ずお知らせください。
- ・洗顔・シャワーは治療当日から可能ですが、治療当日のサウナ・入浴・アルコールの摂取はお控えください。また、注入部のマッサージは行わないでください。
- ・治療の経過には個人差がありますので、医師の説明と異なる可能性があります。
- ・治療後は、健康状態や治療の効果の確認のため、治療後6カ月まで、30日に一度の通院、診察へのご協力をお願いいたします。
- ・健康状態や治療の効果の確認のため、担当医師からご連絡させていただく場合があります。
- ・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、製造した多血小板血漿を今後別の治療、研究に用いることはありません。

同意書

医療法人東和会 東和会クリニック 院長 飯田 知子 殿

□私は再生医療等(名称「多血小板血漿を用いた皮膚再生療法」)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

医療法人東和会 東和会クリニック 院長 飯田 知子 殿

私は再生医療等(名称「多血小板血漿を用いた皮膚再生療法」)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