

PRP(多血小板血漿Platelet Rich Plasma)を用いた 育毛を目的とした再生医療治療説明書 細胞（血液）提供および治療同意書

当院は当該再生医療等の提供について厚生労働大臣に再生医療等提供計画を提出しております。

【提供する再生医療等の名称】 PRP(多血小板血漿Platelet Rich Plasma)を用いた育毛を目的とした再生医療

【細胞の提供を受ける医療機関】 ヴィンテージビューティークリニック横浜

【再生医療の提供を行う医療機関】 ヴィンテージビューティークリニック横浜

【管理者・実施責任者】 後藤 礼

【細胞の採取を行う医師】 後藤 礼、堀田 朝子、龍岡 樹里、桜井 千恵、宮部 千恵

【再生医療を行う医師】 後藤 礼、堀田 朝子、龍岡 樹里、桜井 千恵、宮部 千恵

【提供計画審査機関】 日本先進医療医師会 再生医療等委員会 (NB3150020)

【認定委員会問合せ窓口】 03-6433-0845

I) 治療の説明

【PRP(多血小板血漿Platelet Rich Plasma)を用いた育毛を目的とした再生医療】とは

ご自分の血液から抽出されたPRPを再び自身の頭皮に注入することで、自らの持つ創傷治癒機能を活用した育毛を目的とした再生医療です。

アメリカ食品安全局（FDA）、ヨーロッパ安全規制（CE）、MFDS（食品医薬品安全処（旧KFDA））の認可を受けた医療機器を用いて、自己の血小板血漿を加工して治療する為、感染およびアレルギー反応の出現も極めて少ない安全性の高い治療です。

加工後頭皮に注入された血小板からは様々な成長因子が放出され、コラーゲンやヒアルロン酸などの産生が増加し、老化した頭皮の改善修復と発毛を目的とした治療です。

【適応症】

男性型脱毛症、円形脱毛症、頭髪改善

II) 禁忌及び要注意についての医師確認事項（患者様ご自身で□へ✓をご記入ください。）

有 無

①治療を受けるための確認事項

- □ 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（他院受診）
- □ アレルギーをお持ちの方（ ）
- □ 妊娠している方

②細胞提供のための確認事項

- □ 輸血又は移植を受けた経験
- □ 梅毒トレポネーマ、淋菌、結核菌等の細菌による感染症
- □ 敗血症及びその疑い

- □ 悪性腫瘍
- □ 重篤な代謝内分泌疾患
- □ 膠原病及び血液疾患
- □ 肝疾患
- □ 伝達性海綿状脳症及びその疑い並びに認知症
- □ 特定の遺伝性疾患及び当該疾患に係る家族歴
- □ ウイルス感染（B型肝炎ウイルス(HBV)、C型肝炎ウイルス、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）、ヒトT細胞白血病ウイルス（HTLV-1）、パルボウイルスB19）

※※細胞提供者（血液提供者）としての適格性を判断するために検査を受けていただく場合があります。

※※上記確認事項および医師の診察によって、細胞提供者としての基準を満たしていないと医師が判断した場合、細胞提供および当該治療をお断りすることがあります。

III) リスク・副作用、他治療との比較

【採血に伴うリスク・副作用等】

- ①針を刺したときに痛みやしびれが生じることがあります。
- ②気分が悪くなったり、めまい等の症状が出る場合があります。
- ③口唇や手指のしびれ感などの症状が出る場合があります。
- ④皮下出血を起こす場合があります。

【治療に伴うリスク・副作用等】

- ⑤治療部位に内出血・痛み・赤み・腫れが出ることがありますが、3日～1週間で改善します。
- ⑥注入部位を不衛生な状態にすると感染が起こる可能性があります。
- ⑦注入は医師と状態を確認しながら進めます。細胞の増殖の過程は個人差、部位差があります。
- ⑧内服治療（フェナステリド・デュタステリド）の場合、身体の内部から毛包にいきわたり直接作用するため、男性

型脱毛症には発毛効果が期待されます。

しかし副作用として、まれに肝機能障害・そう痒症・発疹・血管浮腫・男性生殖器異常・めまいなどが起きる可能性があります。また、妊婦または妊娠している可能性のある婦人、授乳中の婦人に投与すると、薬剤の薬理作用により男子胎児の生殖器官等の正常発育に影響を及ぼすおそれがあるため投与しないこと。20歳未満に対する安全性は確立していません。内服治療については、別途医師にご相談ください。

⑨本PRP治療の場合、男女問わず効果が得られる可能性があり、自己の血液由来のため副作用は低いと考えられ

ます。症例集積の段階のため安全性、その有効性はまだ十分に検証されているとは言えません。

いずれの治療方法でも治療効果や持続期間には個人差があります。

【各治療との比較】

治療法		推奨度
フィナステリド内服	・脱毛状態の改善、毛髪数の増加 および毛髪重量の増加 ・女性で副作用あり	男性：A 行うよう強く勧める 女性：D 行わないよう勧める
デュタステリド内服	・毛髪数と毛直径の増加 ・女性で副作用あり	男性：A 行うよう強く勧める 女性：D 行わないよう勧める

ミノキシジルの外用	長期使用で発毛促進、毛髪量の増加	男性：A 強く勧める 女性：A 強く勧める
LEDおよび低出力レーザー照射	レーザー照射群により成長期毛の増加	男女：B 行うように勧める
アデノシンの外用	アデノシン含有ローションの継続使用により成長期毛伸長率と太毛率の増加	男性：B 行うよう強く勧める 女性：C1 行うことを考慮してもいいが十分な根拠がない
植毛術	・毛髪の移植により薄毛が解消フィナステリド内服やミノキシジル概要による効果が十分でない場合、十分な経験と技術を有する医師が行うとよい ・すでに無くなった部分にも移植可能	(自毛植毛術) 男性：B 行うよう強く勧める 女性：C1 行うことを考慮してもいいが十分な根拠がない (人工植毛術) 男女：D 行わないよう勧める
かつらの着用	・人に気づかれずにできる ・かつらの使用により重症度に関わらずQOLは向上	男女：C1 行うことを考慮してもいいが十分な根拠がない
成長因子導入療法	・現在比較試験、症例集積研究が実施されている ・成長因子導入・細胞移植療法は今後が期待される治療法である	男女：C2 根拠がないので勧められない
PRP治療	・現在比較試験、症例集積研究が実施されている ・自己の血液のため副作用がなく安心 ・血小板より放出された因子により発毛促進 ・男女問わず効果あり	男女：C2 根拠がないので勧められない

IV) 術後の注意点

- ①治療の当日からシャワー、洗顔は可能です。治療当日のみ局所のお化粧品は避けてください。
- ②注入当日は激しい運動、サウナ、入浴は避け、飲酒も控えてください。
- ③注入後は患部を清潔にし、指示がある場合は外用剤の塗布、内服薬の服用をして下さい。注射後の紅斑、内出血などが起こることもありますが数日～1週間で自然消退します。瘢痕化した場合は長期に及ぶ場合もあります。

V) 施術費用

この再生医療治療は、医療保険適用外（自由診療）施術ですので全額自費でお支払いいただきます。
 施術費は、1本(0.7cc) 107,800円(税込)となります。

VI) 術前にご理解いただきたいこと

- ①治療には効果だけでなく副作用が発症する可能性があることもご理解ください。また、予期せぬ健康被害が起こりうる場合がありますが、医師は出来得る限りの医学的対処を行います。
- ②心配、不安なことがありましたら、下記までいつでもご連絡、ご来院下さい。

【問合せ窓口】

担当部署：受付

電話番号：045-307-3447

メールアドレス：vbcy2018@gmail.com

- ③治療を受けるか拒否するかは任意で、たとえ同意をしたあとでも加工するまでは撤回することができますし、拒否または撤回によって何ら不利益を被ることはありません。
- ④健康被害が発生した場合は、適切な医療を提供するほか、協議に応じます。
- ⑤細胞提供および治療に関わる個人情報は、クリニック管理者によって当院の個人情報取扱実施規程に基づき適切に管理します。本治療で得られた情報について同意をいただくことなく使用することはありません。
- ⑥細胞提供および治療可能な年齢は20歳以上としています。
- ⑦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が発生した場合は当院に帰属するものとします。

VII) 当該再生医療に用いられる細胞について

当該治療は患者様ご自身の細胞（血液）をご提供いただき、患者様ご自身の治療に用います。

- ①細胞加工物（PRP）の構成細胞：血小板
- ②細胞の提供を受ける医療機関：**ヴィンテージビューティークリニック横浜**
- ③細胞の採取方法：上肢静脈（上肢から採取不能な方は下肢）より、静脈血を15ml採血する。
- ④細胞の加工方法：採血した血液を血液分離専用容器に分注し、すみやかに遠心分離器にかける。
2回の遠心分離後、クリーンベンチ下でPRP1.5ccを採取する。

ご提供いただいた細胞は特定細胞加工施設（当院）で加工し、直ちに再生医療提供施設（当院）で治療を行います。

採取された細胞（血液）および加工した細胞（PRP）は保管せず治療後、速やかに廃棄します。

採取された細胞（血液）および加工した細胞（PRP）を研究に用いることはありません。

また、採取された細胞（血液）についても、治療後直ちに廃棄するため同意を受ける時点では特定されない、将来の再生医療等への利用の可能性もありません。

自己の血液を使用するため、細胞提供者および再生医療等を受ける者の健康、子孫に受け継がれ得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。

【細胞（血液）提供についての同意】

□へ✓をご記入下さい。

- 当該治療の説明を受け、この書面の内容を十分に理解し、疑問点については質問し、説明を受け、納得した上で、自らの意思で細胞（自身の血液）を提供することに同意します。
- 細胞提供者となることは任意であり、細胞提供者及び代諾者は理由の有無にかかわらず拒否または撤回することができます。撤回できる期間は採血後であっても、特定細胞加工物製造工程に入る前までは可能です。
拒否または撤回によって不利な扱いを受けることや、細胞の提供を行わない場合に受けるべき利益を失うことはありません。

年 月 日

細胞提供申込者氏名（自筆署名）：

（本人）

細胞提供申込者住所： _____

□ 代諾者氏名（自筆署名）： _____（本人との
続柄） _____

代諾者住所： _____

細胞の提供を受ける医療機関名： ヴィンテージビューティークリニック横浜

細胞の採取を行う医師名： _____

【治療についての同意】

□へ✓をご記入下さい。

- 当該治療の説明を受け、この書面の内容を十分に理解し、疑問点については質問し、説明を受け、納得した上で、自らの意思で**治療（細胞の提供）を受けることに同意します。**
- 当該再生医療を受けることは任意であり、再生医療を受ける者及び代諾者は理由の有無にかかわらず拒否または撤回することができます。撤回できる期間は採血後であっても、特定細胞加工物製造工程に入る前までは可能です。拒否または撤回によって不利な扱いを受けることや、治療（細胞の提供）を受けない場合に受けるべき利益を失うことはありません。

年 月 日

治療申込者氏名（自筆署名）： _____

（本人）

治療申込者住所： _____

□ 代諾者氏名（自筆署名）： _____（本人との続柄） _____

代諾者住所： _____

再生医療の提供を行う医療機関名： ヴィンテージビューティークリニック横浜

再生医療を行う医師名： _____