

# 「APS療法(PRP療法)」について

当院で提供するAPS療法(PRP療法)は、再生医療法\*に則り、「再生医療等提供計画」を  
関東信越厚生局へ提出し、令和 1 年 8 月 2 日に受理されました。

\*再生医療等の安全性の確保に関する法律



## はじめに

おゆみの中央病院では、多血小板血漿（PRP）療法を提供しております。

PRP療法は身体が持っている「自然治癒力」を活かした治療法で、再生医療のひとつに位置付けられています。再生医療は、再生医療法によって厳格に規制・管理されており、①安全性が担保された方法で、②届出が受理された施設、③登録された医師に限り、実施することができます。

なお、PRP療法は、保険適用外（自費診療）です。費用は全額自費負担となります。

このパンフレットには、おゆみの中央病院の整形外科でPRP療法をお受けになる際に、知っておいていただきたいことについて記載しております。パンフレットを良くお読みになり、ご不明な点がございましたら、遠慮なくお尋ねいただければ幸いです。

## 目 次

|      |                                        |
|------|----------------------------------------|
| P 3  | PRP療法とは？ PRP療法の長所・短所                   |
| P 4  | 当院で受けられるPRP療法（整形外科領域）の種類               |
| P 5  | PRP療法（APS）の治療の流れ<br>整形外科領域のPRP療法適応除外項目 |
| P 6  | その他の注意事項、個人情報保護について、同意の撤回              |
| P 7  | PRP療法の適応に対する当院の指針                      |
| P 8  | PRP療法（APS）全体の流れと費用について                 |
| P 9  | PRP療法当日までの注意点<br>PRP療法実施後の注意点          |
| P 10 | PRP療法（第2種）実施前 チェックリスト                  |
| P 11 | リハビリテーションについての説明書・申込書                  |

## PRP療法とは？

PRP（Platelet-Rich Plasma）療法＝多血小板血漿療法は、患者さんご自身の血液から抽出した「多血小板血漿（PRP）」を、実施部位に注射する再生医療です。

PRP（多血小板血漿）療法は、血小板が豊富に含まれた成分を用いた治療法で、血小板の機能を活用した再生医療です。血小板には、血管が損傷したとき、固まって出血を止める働きがあります。また、種々の成長因子を放出する働きもあります。PRP療法は、ご自身の血液から採取した血小板を用いて治療を行うため、感染や免疫反応等の副作用のリスクが低く、局所に注射して投与する事が可能であるため身体への負担が少ない治療法です。

なお、患者さんご自身に注射するPRPは、医療機器メーカーが製造・承認された血液成分分離キットと遠心分離機を使って抽出・精製します。

当院整形外科では変形性膝関節症にお悩みの患者さんに対し、各種キットを用いて治療を行っております。

## PRP療法の長所

- ご自身の血液から抽出するため、感染症やアレルギー反応が起こりにくい
- 手術と比べて身体への負担が少なく、痕が残りにくい
- 実施後から、普段の生活に制限が少ない
- 通院だけで実施できる

## PRP療法の短所

- 効果に個人差がある  
効果を感じられる方とそうではない方がおられます。  
効果が現れるまでの期間や効果が続く期間にも個人差がございます。
- 実施後の数日間、痛みや腫れ・熱感・発赤などを伴うことがある  
ただし、これらの症状は一過性で数日かかる場合もありますが徐々に改善していきます。  
症状の軽減には患部を冷やすこと（アイシング）が有効です。

## 当院で受けられるPRP療法（整形外科領域）の種類

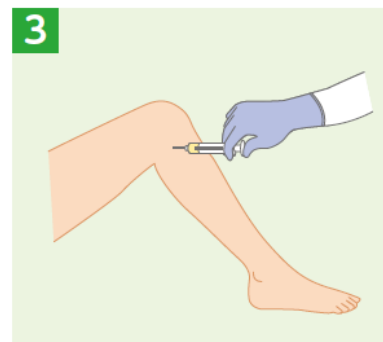
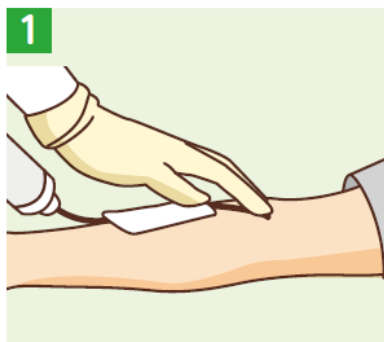
| 整 形 外 科 領 域      |                                                                                                                 |                                                                                                                                                             |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 再生医療の分類          | 第二種（関節内）                                                                                                        | 第三種（関節外）                                                                                                                                                    |
| 対 象              | 変形性膝関節症による痛みが辛い方                                                                                                | 筋・腱・じん帯の損傷による痛み、もしくは症状が治まらない方                                                                                                                               |
| 企 業              | ジンマーバイオメット（米国）                                                                                                  | ジンマーバイオメット（米国）                                                                                                                                              |
| キット名             | APSキット                                                                                                          | GPSⅢキット                                                                                                                                                     |
| 費 用<br>(税 込)     | 330,000円／1回                                                                                                     | 132,000円／1回                                                                                                                                                 |
| ※感染症検査は、半年間有効です。 | 実施後の状態観察（アフターケア）の診療代金を含みます。                                                                                     | 実施後の状態観察（アフターケア）の診療代金を含みます。                                                                                                                                 |
|                  | 感染症検査費用（17,600円）を含みます                                                                                           | 感染症検査費用（17,600円）を含みます                                                                                                                                       |
| 特 色              | 抽出したPRPにさらに追加処理を施したものです。関節の炎症を軽減する成分を豊富に含むのが特色です。<br>変形性膝関節症にお悩みの患者さんに対して、当院では治療成績の安定しているAPSキットを第一選択として推奨しています。 | 1回の処理で抽出したPRPで、白血球成分が豊富な点が特色です。これにより、有効成分の産生促進が期待されています。<br>このキットによる治療は1回で済む点も特色のひとつです。<br><br>[具体的な適応例]<br>上腕骨内側顆炎（ゴルフ肘）<br>上腕骨外側顆炎（テニス肘）<br>肉ばなれ、アキレス腱炎 等 |

※このパンフレットでは青枠内の第二種（関節内）APSキットを説明しています。

※GPSⅢについては、別にパンフレットがございます。



## PRP療法（APS）治療の流れ



※片膝の治療(1キットあたり)で、約 55ml 採血します

### STEP 1

#### 採 血

ご自身の血液を  
採血

### STEP 2

#### 加 工

遠心分離を行い  
PRP を抽出

### STEP 3

#### 注 入

関節に  
PRP を注入

## 整形外科領域のPRP療法適応除外項目

- ☐ 抗がん剤、生物学的製剤または免疫抑制剤を使用している
- ☐ 患部に細菌感染を伴っている
- ☐ 心疾患、肺疾患、肝疾患、腎疾患、出血傾向、血液疾患、コントロール不良な糖尿病および高血圧症等を有する
- ☐ 薬剤過敏症の既往歴がある
- ☐ 血液感染症を患っている
- ☐ 血液検査の結果、血小板数の異常がある
- ☐ ステロイド剤を服用している
- ☐ 1か月以内にPRP療法を受けた

**\* お体の状態によっては、PRP療法を実施できない場合があります**

**\* 心当たりのある項目があれば、医師にご相談ください**

## そ の 他 の 注 意 事 項

### ■ 中止が必要なお薬

普段飲んでいるお薬によっては、血液中に残っている成分がPRP療法の効果を低下させる可能性があります。従いまして、お薬によっては、休薬（※）を推奨させていただく場合がございます。その場合は医師がご説明します。

※ 休薬とは、服薬を一時的に中断する事です。

### ■ 成分を抽出できない可能性

採取した血液の状態によっては、成分を抽出できない可能性があり、再度採血が必要となる場合も考えられます。

### ■ 使用器材の汚染や破損

PRP療法に必要な設備は法定基準をクリアしています。厳格な基準を設け、専門スタッフが血液や器材を清潔に取扱う体制を確保しています。しかしながら、機器の予期せぬ不具合等により、汚染や破損が発生し、実施が延期・中止される場合も考えられます。

### ■ 穿刺部の感染について

針を刺した箇所に出血や感染の可能性があります。ただし、出血や感染の危険性は、PRP療法に限らず、注射針を刺す医療行為全般に共通するリスクです。

### ■ リハビリテーションについて

PRP療法を実施した個所に対してはリハビリテーションも保険適用外となります。

そこで当院ではリハビリテーションを希望される患者様に向けて、保険適用外（自費診療）のオプションを用意しました。ご希望の場合は主治医にご相談ください。

※保険適応外（自費診療）は、血液感染症検査日からPRP療法が終了するまでの期間です。PRP療法の終了は医師が判断します。早ければPRP療法実施後1か月、長期に及ぶ場合、実施後6か月程度要する場合もございます。

## 個 人 情 報 保 護 に つ い て

PRP療法を行う際に得た個人情報、当院が定める「再生医療等に関する個人情報取扱実施規程」に従い適切に管理・保護いたします。

## 同 意 の 撤 回

PRP療法を受けることについて同意した場合でも、実施前であれば、いつでも同意を撤回することができます。

## PRP療法の適応に対する当院の指針

PRP療法には「長所と短所」があり、まだ新しい治療法のため、今後、治療実績や研究が進むにしたがい新たな長所や短所が明らかになる可能性が考えられます。そのため当院では、PRP療法の前に従来の治療法を十分に試みることが大切だと考えています。しかしながら、従来の治療法では症状が改善しない患者様や、再悪化を繰り返す患者様にとって、PRP療法は選択肢の一つになりうるというのが当院の考え方です。

### 1. 不必要なPRP療法が行われることを未然に防ぎます。

PRP療法を実施しなくとも、自然に治癒・回復していた可能性のある患部に対し、不必要なPRP療法が行われることを未然に防ぐ観点から、「従来の治療を受けたにもかかわらず、3か月以上の症状持続、または3回以上の症状再燃があった疾患」を対象とすることを推奨しています。

### 2. 適応を慎重に判断します。

病状を正確に診断したうえで、PRP療法によって効果が得られるかどうか、担当医師が検討します。患者様によっては他の医療機関からの診療情報も参考に慎重に判断します。

このように、患者様が初めて来院された後、院内で検討し、2度目のご来院の際に検討結果を説明し、PRP療法の日程を決めます。したがって、実施するまで少なくとも2回の診療（検査・診察等）をさせていただきます。

### 3. PRP療法に関する最新情報の収集と情報発信を積極的に行います。

治療実績の報告や関連する最新の論文等によって、PRP療法に関する情報の更新に努め、効果と安全性の向上を目指します。また、重要な情報については、積極的に情報発信に努めます。

## PRP療法（APS）全体の流れと費用について

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保険診療 | <b>1回目のご来院（初回受診）</b> 費用：検査内容により異なります<br><input type="checkbox"/> 診察（問診や一般血液検査等の検査を実施）してPRP療法の適応に可能性があるかどうかを検討します。<br><input type="checkbox"/> 症状により、必要となる検査項目（一般血液検査、レントゲン撮影、CT、MRI等）が異なります。また、健康保険の負担割合により発生する費用が異なります。                                                                                                                                                                                             |
|      | <b>2回目のご来院（術前感染症検査）</b> 費用：17,600円（税込）<br><input type="checkbox"/> 医師がPRP療法の対象になりうると判断した場合、PRP療法の長所・短所を十分ご理解いただいたうえで、実施を希望される場合、同意書にご署名をいただき、PRP療法実施日を決定します。<br><input type="checkbox"/> 感染症検査を実施します。                                                                                                                                                                                                                |
| 自費診療 | <b>3回目のご来院（PRP療法実施）</b> 費用：312,400円（税込）※片膝の場合<br><input type="checkbox"/> 治療総額（330,000円 税込）より、既にお支払いいただいている術前感染症検査費用（17,600円 税込）を除いた、残額（312,400円 税込）をお支払いいただきます。<br><input type="checkbox"/> 両膝を同時に実施する場合（2キット使用時の費用）<br>治療総額（660,000円 税込）より、既にお支払いいただいている術前感染症検査費用（17,600円 税込）を除いた、残額（642,400円 税込）をお支払いいただきます。<br><input type="checkbox"/> 身体機能測定を実施します。<br><input type="checkbox"/> 実施部位の状態観察や効果を確認の為、再受診の日程を決めます。 |
|      | <b>4回目のご来院（アフターケア検診）</b> ※医師の判断により、アフターケア健診の回数を決定します<br><input type="checkbox"/> 状態観察・効果の確認（自費診療終了）      ※再受診は費用に含まれています。                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|      | <b>費用総額（自費診療分）</b> ※お支払いには、クレジットカードもご利用いただけます                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|      | <b>片膝（1キット）330,000円（税込）／ 両膝（2キット）660,000円（税込）</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

### [キャンセル費用に関するご案内]

- ・PRP療法実施前の血液感染症検査費用など既に発生している費用については、検査結果などによりPRP療法が実施できない場合でも返金はいたしませんので、予めご了承ください。
- ・PRP療法実施日、採血の準備にとりかかる過程でキットを開封いたします。この段階で、医療材料費用（APS 220,000円×キット数）が発生します。開封後にPRP療法の同意を撤回された場合、医療材料費用の返金はいたしませんので、予めご了承ください。

**PRP療法実施後は、いかなる場合も（全く効果が感じられない場合も）、返金はいたしませんので、予めご了承ください。**

**費用の詳細についてご不明な点は、病院総合受付までお問い合わせください。  
PRP療法にかかる費用は医療費控除の対象です。（美容目的は控除対象外です）**

## PRP療法当日までの注意点

|           |                                                                                                                                                            |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来 院 時 間   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予約30分までにご来院ください</li> <li>・ 診療状況により、お待ちいただく可能性がございますので予めご了承ください</li> </ul>                                         |
| 自 動 車 運 転 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当日（PRP療法実施後）の自動車運転は、お控えください</li> <li>・ 実施部位の違和感により運転に影響する恐れがあります</li> </ul>                                       |
| 食 事 ・ 飲 水 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食事制限はありません。普段通りお召し上がりください</li> <li>・ PRP療法実施前24時間は、普段より多めの水分摂取を心がけてください。水分摂取が少ないと、血液採取時に気分が悪くなることがあります</li> </ul> |
| 入 浴       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ PRP療法実施当日は、入浴を済ませてからご来院ください</li> </ul>                                                                            |

## PRP療法実施後の注意点

|     |                                                                                                                                                                                                 |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 症 状 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当日は、腫れぼったさや違和感がある方もいらっしゃいます。この場合、実施部位を冷やしていただくと、症状は数日で改善します</li> <li>・ 痛みが持続される場合は、担当医にご相談ください</li> </ul>                                              |
| 服 薬 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 痛み止めの使用に関しましては、担当医の処方する薬のみをご使用ください</li> <li>・ 薬によっては、治療に影響する場合がありますのでご注意ください</li> <li>・ 抗血小板薬又は、抗凝固薬を内服されている方は、出血が止まりにくくなる場合もございますのでご注意ください</li> </ul> |
| 活 動 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ PRP療法実施後14日間は活動レベルを最小限に、実施前より活発にしないことが推奨されています。運動はお控えいただきますが、痛みが悪化しない程度のウォーキングは可能です</li> </ul>                                                         |
| 入 浴 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ PRP療法実施当日は、感染予防のため入浴・シャワーをお控えいただき、翌日からとなります。翌日以降、実施部位に貼ってある注射パッチを外してから、入浴・シャワーをご使用ください</li> </ul>                                                      |

## PRP療法（第2種）実施前 チェックリスト

記載年月日 年 月 日

|     |     |       |   |
|-----|-----|-------|---|
| ID: | 氏名: | 様 年齢: | 歳 |
|-----|-----|-------|---|

|      |                                                            |     |    |
|------|------------------------------------------------------------|-----|----|
| 適応疾患 | （第2種）変形性膝関節症                                               |     |    |
| 選択基準 | 成人で判断能力があり、PRP療法について十分説明を受け、その内容を理解し同意したもの                 | Yes | No |
|      | 臨床検査（血液検査）の結果、総合的に判断して重篤な機能不全の所見が見られない者                    | Yes | No |
| 除外基準 | がんと診断されていますか                                               | Yes | No |
|      | 活動性の炎症を有していますか                                             | Yes | No |
|      | 現在、ステロイド治療を受けていますか                                         | Yes | No |
|      | B型肝炎、C型肝炎、HIV、HTLV-1陽性であるもの                                | Yes | No |
|      | 血小板数（ $\times 10/\mu\text{L}$ ）が9.9以下もしくは40以上である者          | Yes | No |
|      | （APSの場合）<br>1か月以内にPRP療法を受けたことがありますか                        | Yes | No |
|      | 重篤な合併症（心疾患、肺疾患、肝疾患、腎疾患、出血傾向、コントロール不良な糖尿病および高血圧症など）を有していますか | Yes | No |
|      | 薬剤過敏症の既往歴を有していますか                                          | Yes | No |
|      | その他、担当する医師が不適合と判断した者                                       | Yes | No |

患者署名 \_\_\_\_\_

代諾者署名 \_\_\_\_\_

医師署名 \_\_\_\_\_

2019.11.12 作成

## オプションメニュー『要予約』

### リハビリテーションについての説明書・申込書

ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ 様

1. リハビリテーションをご希望される場合は、自費メニューをご用意しております。

自費メニュー（1回あたり・40分）4,873円（税込）

2. ご来院の都度、代金をお支払いいただきます。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
医療法人社団 淳英会 おゆみの中央病院  
説明者 \_\_\_\_\_

### リハビリテーションについての申込書

私は、PRP療法のオプションメニューであるリハビリテーションの費用について説明を受け、自費メニューを申込みます。

医療法人社団 淳英会 おゆみの中央病院 院長 殿

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印

代理人（自署） \_\_\_\_\_ 印

患者様との続柄 \_\_\_\_\_

原本：診療録控え コピー：患者様控え

## おゆみの中央病院〔P R P療法説明文書〕【第4版】

|           |       |
|-----------|-------|
| 令和3年3月18日 | 初版発行  |
| 令和3年11月1日 | 第2版発行 |
| 令和4年2月1日  | 第3版発行 |
| 令和7年7月3日  | 第4版発行 |

医療法人社団 淳英会 おゆみの中央病院

〒266-0033 千葉県千葉市緑区おゆみ野南六丁目49番地9

TEL : 043-300-3355 FAX : 043-300-3377

詳しくは、病院受付（P R P担当）までお問い合わせください