

再生医療等を受けることの同意説明書

再生医療等名称：自己脂肪由来幹細胞を用いた顔面萎縮症・皮膚再生治療

この同意説明文書は、あなたに再生医療等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。

この同意説明文書をよくお読みいただき、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。

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を受けるかどうかを決めてください

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「自己脂肪由来幹細胞を用いた顔面萎縮症・皮膚再生治療」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：医療法人社団 松徳会 松倉クリニック

医療機関の管理者：院長 松倉 知之

再生医療等の実施責任者：松倉 知之

再生医療等を行う医師：松倉 知之、大竹 尚之、片山 正夫、栗村 めぐみ、金崎 茉耶、角谷 貴子

3. 再生医療等の目的及び内容について

本治療は、しわ、たるみなどの加齢による症状や、ロンバーグ病に代表される顔面が萎縮する症状の改善を目的として、患者様自身の腹部や脚の脂肪から抽出した細胞(脂肪由来幹細胞)を必要な数になるまで培養して増やして、顔の皮下組織に注射する治療法です。

幹細胞が、繊維芽細胞の含有量を増加させ皮膚の水分量を上げ、しわの面積が減少し、表皮が薄くなり、コラーゲンと弾性が増加します。

4. 再生医療等に用いる細胞について

本再生医療等には、あなたより採取した脂肪組織から分離された脂肪由来幹細胞を使用します。

細胞加工所で、幹細胞だけを増やして、無菌検査等を行い安全性が確認された幹細胞を治療に使用します。

また、基本的にはご自身の血清を使用しますが培養する過程で、個人差による増殖不良等で培養に不適と判断された場合は、代替血清(PMDA 再生医療等製品材料適格性基準に適合したご本人以外の血小板製剤)を使用する場合があります。この代替血清を使用する事で、安定した細胞培養が可能となります。

しかしながら、ご自身の血清を使用しないということから、ごく稀にアレルギー反応等を引き起こす場合があります。

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

この治療では、ご自身の脂肪から取り出して数を増やした幹細胞を注射で戻す事により、脂肪由来幹細胞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。

不利益（危険など）

細胞投与については、ご自身の細胞なので拒絶反応の心配はありませんが、注入箇所は腫脹やまれに発熱することがあります。

腫脹は2～3日続きますが、自然に吸収されるので収まります。

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または、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、当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

本治療の実施を原因とする可能性がある疾患等が発生した場合の原因究明のため、あなたの脂肪を加工した細胞加工物の一部は、投与後、6か月間、 -80°C 以下で保存します。保存期間終了後には、医療廃棄物として処理業者に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います。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。

再生医療事務局

電話番号：03-3422-2071

12. 費用について

本治療は保険適用外であるため、治療にかかる費用全額をご自分でご負担いただきます。その他、本治療を受けるために必要となった旅費、交通費などの全ての費用もご自分でご負担いただきます。

本治療にかかる費用は治療初回 局所1回¥3,300,000円（税込）、2回目以降 局所1回¥2,200,000円（税込）となっております。

なお、脂肪の採取後や、細胞加工物の製造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あなた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

しわやたるみ等の改善のために行われる治療法には、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、肌にボリュームを出し、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、脂肪由来幹細胞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、ロンバーグ病などの顔面萎縮症状に対する治療法としては、脂肪移植が一般的です。

脂肪移植により、顔面萎縮症状により減少した体積を補い、萎縮症状を緩和することができます。しかしながら、脂肪のみを移植した場合は生着率が悪く、時間の経過とともに体内に吸収されてしまうため、長期的な効果は期待できません。

本治療を併用することにより、脂肪由来幹細胞が繊維芽細胞の増殖を促します。加齢や日焼けで水分量が減り、厚くなった皮膚の水分量を上げ、しわの面積が減少し、表皮が薄くなり、コラーゲンと弾性が増加します。

1 4. 健康被害に対する補償について

本治療は自由診療のため、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、本治療の提供後に、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。

1 5. 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：再生医療細胞治療特定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：092-406-7536

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。

1 6. その他の特記事項

本治療の安全性及び有効性の確保、患者様の健康状態の把握のため、本治療を受けた日から6か月後まで、30日に1回定期的に通院いただき、疾病等の発生の有無その他の健康状態について経過観察を行います。

定期的な通院が困難である場合は、電話連絡などにより経過観察をさせていただきますのでお申し付けください。

- ・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、製造した細胞加工物を今後別の治療、研究に用いることはありません。

同意書

医療法人社団 松徳会 松倉クリニック
院長 松倉 知之 殿

私は再生医療等（名称「自己脂肪由来幹細胞を用いた顔面萎縮症・皮膚再生治療」）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。

同意日 年 月 日

ご署名

代諾者ご署名 (続柄)

