

再生医療等提供のご説明

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「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：医療法人ひまわり会 天神ホリスティックビューティークリニック

医療機関の管理者：院長 橋本 知子

再生医療等の実施責任者：橋本 知子

再生医療等を提供する医師：橋本 知子、松尾 眞二郎

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、顔の筋肉内に注射する治療法です。

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る脂肪由来幹細胞を使用します。

細胞の採取は当院または、医療法人ひまわり会天神皮ふ科の手術室にて再生医療等を実施する医師が行います。脂肪組織の採取は脂肪切除にて行い、採取した脂肪組織は当院と契約している特定細胞加工施設に委託して行われます。

特定細胞加工施設では、たんぱく質を分解する酵素を用いた処理により脂肪から脂肪由来幹細胞を分離し、約2週間かけて細胞培養により必要数になるまで細胞を増殖させます。その後、増殖させた細胞の品質に関する検査を行ったあと、冷蔵状態で当院に運ばれ、治療に使用されます。

また、ASCバンキングを利用される方は、採取した細胞を指定機関にて超低温保管しあなたの要請により保管した細胞の一部、もしくは全てを投与を行う医療機関（当院）へ引き渡され当該治療へ使用されます。

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

細胞を提供し本治療を受けた頂くことにより以下の利益・不利益が想定されます。

利益（効果など）

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。

不利益（危険など）

<細胞の採取に伴うもの>

脂肪組織を採取する際に、患者様の腹部または太ももの内側の皮膚を切開します。それに伴い出血、血腫、縫合不全、感染等が出る場合があります。

痛みに関しては局所麻酔を施します。そのため、最初の局所麻酔時の針を刺すときに若干の痛みを伴いますが、施術中は特に痛みは感じられないと思われま

<幹細胞投与に伴うもの>

細胞投与については、拒絶反応の心配はありませんが、投与後に発熱、まれに嘔吐、注入箇所腫脹が出る場合があります。

また重大な副作用として過去に本治療との因果関係は不明ですが、1例の肺塞栓症が報告されています。

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、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

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、あなたから採取した脂肪組織の一部と、加工した細胞加工物の一部は6カ月間、-80℃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。

<ASCバンキングの保管に関して>

当該の脂肪組織、および脂肪由来幹細胞は液体窒素タンクにて保管され、保管期限は原則受入日から1年とし保管期限日より2か月間、あなたからの保管継続の意思がない場合はASCバンク契約を終了したものとします。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を行う。

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。

再生医療事務局

電話番号：0800-805-1125

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1回150万円（税別）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、内出血が起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。

脂肪移植と本治療を併用することにより、脂肪由来幹細胞による血管の形成を促進する働きにより、移植した脂肪内に新しい血管が形成され、酸素や栄養が行き届くようになることにより、移植した脂肪組織の生着を助け、より長期的な効果が期待されます。

1 4. 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。

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：ヴィヴィアン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：080-2740-2323

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ヶ月後まで、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。

- ・麻酔薬や抗生物質に対するアレルギーを起こしたことのある方は、本治療を受けることができません。
- ・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

医療法人ひまわり会
天神ホリスティックビューティークリニック
院長 橋本 知子 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」）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

医療法人ひまわり会
天神ホリスティックビューティークリニック
院長 橋本 知子 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」）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