

# 再生医療等を受けられる患者様への同意説明書

再生医療等名称：自己脂肪由来幹細胞を用いた慢性疼痛の治療

この同意説明書は、再生医療等の内容を正しく理解していただき、患者様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。この同意説明書をよくお読みいただき、ご不明な点がございましたら、どんなことでもお気軽にご質問ください。担当医師からの説明をご理解していただいた後、十分に考えてから再生医療等を受けるかどうかをご判断ください。

## 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慢性疼痛の治療」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：医療法人瑞星会 LIFIX BEAUTY CLINIC

医療機関の管理者：院長 佐野 博則

再生医療等の実施責任者：佐野 博則

再生医療を実施する医師：佐野 博則、西平 守明

## 3. 再生医療等の目的及び内容について

本治療は、自己脂肪由来幹細胞が、痛みの原因となる炎症を抑える抗炎症因子を分泌する機能を持つことを利用し、傷ついた組織を修復し再生させて、疼痛の改善を図る治療法です。

まず、患者様の身体から脂肪由来幹細胞の採取を行い、培養により必要な細胞数まで増殖させます。そして、十分な細胞数になるまで培養し増殖させ、静脈注射（点滴）により投与します。

## 4. 再生医療を受ける者として選定された理由

本治療法では、再生医療を受ける本人（あなた）が、下記の基準を満たしていると医師が判断いたします。

### 【選択基準】

- ・神経障害性疼痛または侵害受容性疼痛と診断される患者
- ・年齢：20歳から80歳
- ・再生医療等を行う医師の診断により、本治療の実施が適当であると判断された者
- ・81歳以上でも、再生医療等を行う医師が選択基準を満たすと判断した者

### 【除外基準】

以下に該当する患者様は本治療の対象外とします。

- ・脂肪採取時に使用する麻酔薬、または特定細胞加工物の製造工程で使用する物質に対する過敏症、アレルギー症状を起こした経験がある者
- ・感染症（HBs抗原、HCV抗原・抗体、HIV抗原・抗体、HTLV-1抗原・抗体、梅毒）が陽性の者

その他、治療を受ける患者様の健康状態、身体的条件を考慮し、本治療を提供する医師が治療の可否を判断します。

## 5. 再生医療等に用いる細胞について

本再生医療等には、患者様より採取した脂肪組織から分離させた脂肪由来幹細胞を使用します。培養加工施設で幹細胞を培養し増殖させ、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、基本的には患者様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自身以外の血小板製剤）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、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。

## 6. 再生医療等の治療による利益（効果など）、不利益（危険など）について

### 利益（効果など）

本治療では、患者様の脂肪から取り出して数を増やした幹細胞を点滴で体内に戻します。幹細胞が体内の傷ついた場所に集まり、痛みの原因となる慢性炎症を抑え、末梢神経などの損害部位を修復し、疼痛などの症状を改善させることが期待できます。

### 不利益（危険など）

幹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、感染、まれに嘔吐、注入箇所の腫脹が起こる可能性があります。また、重大な副作用として過去に静脈投与後の死亡例が1例のみありますが、本治療との因果関係は不明です。治療効果には個人差があり、効果が見込めない場合もあります。

## 7. 再生医療等の治療の拒否について

患者様は、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、本治療に同意できない場合は拒否することができます。

## 8. 同意の撤回について

患者様は、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の撤回が可能です。

## 9. 再生医療等の治療を拒否、同意を撤回した場合の扱いについて

患者様は、説明を受けた上で本治療を拒否、または本治療を同意した後に同意の撤回を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。

## 10. 個人情報の保護について

本治療を行う際に患者様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。

## 11. 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、患者様の脂肪を加工した細胞加工物の一部は、投与後6か月間、 $-80^{\circ}\text{C}$ 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し廃棄します。

## 12. 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）へと報告して対応します。

再生医療事務局

電話番号：090-9713-2804

## 13. 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お支払いいただきます。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同様です。

本治療にかかる費用は1回 2,420,000円（税込）です。

なお、脂肪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、同意の撤回をされる時点までに費用（治療費等）が発生している場合は、その時まで発生した費用についてもお支払いいただきます。

## 14. 他の治療法の有無、本治療法との比較について

他の治療法としては、薬物療法（飲み薬、湿布、トリガーポイント注射、鎮痛薬点滴など）、インターベンショナル治療（神経ブロック、高周波熱凝固法、パルス高周波法など）、心理学的アプローチ、リハビリテーション（運動療法、物理療法など）などがあります。これらの治療では継続的な治療が必須で、治療薬によっては繰り返しの治療による副作用が発現することがあります。本治療は、ご自身から採取した脂肪を用いるため、従来の治療よりも副作用が出にくく、神経や障害を受けている組織に直接または間接的に働きかけるため、根本的な治療と期待されています。

## 15. 健康被害に対する補償について

本治療は保険の使用できない自由診療のため、健康被害に対する補償は義務付けられておりません。よって、本治療の提供後に健康被害が発生した場合でも患者様の自己責任となりますのでご了承ください。

しかし、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。

## 16. 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。

## 17. その他の特記事項について

・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、本治療の開始日から6か月後までの期間、約30日に1回の頻度で定期的に通院していただき、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いたしますので、ご一報ください。

- ・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は研究に用いることはありません。

# 同意書

医療法人瑞星会 LIFIX BEAUTY CLINIC

院長 佐野 博則 殿

私は再生医療等（名称「自己脂肪由来幹細胞を用いた慢性疼痛の治療」）の提供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
- 再生医療等の治療による利益（効果など）、不利益（危険など）について
- 再生医療等の治療の拒否について
- 同意の撤回について
- 再生医療等の治療を拒否、同意を撤回した場合の扱いについて
- 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
- その他特記事項について

上記の再生医療等の提供について説明をしました。

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 )

## 同意撤回書

医療法人瑞星会 LIFIX BEAUTY CLINIC

院長 佐野 博則 殿

私は再生医療等（名称「自己脂肪由来幹細胞を用いた慢性疼痛の治療」）を受けることに同意しましたが、この同意を撤回します。

なお、同意を撤回するまでに発生した費用（治療費等）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

ご署名

代諾者ご署名 (続柄 )