

再生医療等提供のご説明

再生医療等名称:間葉系幹細胞によるリンパ浮腫治療

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。

なお、本治療は、再生医療を国民が迅速かつ安全に受けられるようにするための施策の総合的な推進に関する内容を定めた、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成 26 年 11 月 25 日施行）」を遵守して行います。また、上記法律に従い、地方厚生局の認定を受けた特定認定再生医療等委員会の意見を聴いた上、再生医療等提供計画を厚生労働大臣に提出しています。

また、本治療では、他の治療では効果を出すことが難しいとお考えの患者様を対象に治療を行います。

1.再生医療等の内容について

リンパ浮腫は、リンパ節の切除、放射線照射、外傷、先天的なリンパ管の発達不全、炎症などを原因としてリンパ管の閉塞、機能不全をきたすことで、手や足にリンパ液のうっ滞を起こし、結果として腫れや炎症、発熱、痛み、皮膚の硬化を伴う病気です。本治療は、脂肪由来幹細胞をリンパ浮腫のある部位に注入することによってリンパ管の再生を促し、リンパ浮腫の症状を改善することを目的としています。

脂肪由来幹細胞は、リンパ管内皮細胞(リンパ管のつくる細胞)を含む、多様な細胞に分化(かたちを変えること)ができる能力を持つことから、リンパ浮腫により傷ついたリンパ管を再生することが期待されます。

本治療では、患者様本人の脂肪から幹細胞を分離して、培養することにより必要な細胞数になるまで増やし、症状が現れた患肢に注射を行います。

まず、患者様の腹部を小さく切開し(約 5mm、目立たない部位を選びます)、脂肪を採取します。採取した脂肪は併設の細胞培養加工施設にて数週間～1 カ月程度かけて培養し、必要な細胞数になるまで増やします。十分な細胞数になるまで増えたら、症状がある手・足に注射で投与します。

2.治療の流れ

(1) 初回診察

この治療を受けるために、必要な条件を満たしているかを確認します。リンパ浮腫の程度を診察し、問診により合併症、既往症などを確認します。

(2) 検査

血液検査により異常がないか調べます。

超音波検査やリンパ管造影によりリンパ浮腫の進行度を調べます。この結果により細胞を注射する位置などを計画します。

検査結果によっては治療が行えないことがあります。

(3) 細胞の採取と採血

腹部皮膚に局所麻酔を行い、5mm程度の皮膚切開から皮下脂肪を米粒大採取します。100ml程度の採血をおこないます。血液は脂肪肝細胞の培養のために用います。当日は歩いて帰ることができ、日常生活の制限はありません。

細胞培養の期間は1ヶ月程度です。

(4) 細胞の注射

治療日を決定します。細胞採取から約1ヶ月後になります。

当日の体調が問題なければ、患部に細胞を注射します。麻酔などは必要ありません。

当日は歩いて帰宅することが可能です。

(5) 治療後の定期診察

翌日、1週間後、2週間後、1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後に診察を行います。リンパ浮腫の症状の変化について検査します。また、合併症がないかも確認します。必要に応じて診察や検査を追加します。

3.再生医療等を受けていただくことによる効果、危険について

前述の通り、脂肪由来幹細胞には、リンパ管内皮細胞分化できる能力を持つことから、リンパ浮腫により傷ついたリンパ管を再生し、リンパ液のうっ滞症状を改善することが期待されます。海外の報告では、乳がん術後のリンパ浮腫に対して脂肪由来幹細胞を注射し、腫れた腕の自覚症状の改善効果が確認されています。ただし、この報告でも、再生医療をおこなってもリンパ浮腫は必ずしも完治しないことが示されており、本治療後も引き続き圧迫療法などの理学療法は必要である可能性が高いです。

本治療を受けることによる危険としては、脂肪の採取や細胞の投与に伴い、感染、出血、疼痛などの合併症や副作用が発生する場合があります。皮膚に注射する臨床試験では感染、注射部位の痛み、腫脹などの副作用、健康被害が報告されていますが、いずれも治癒しています。追加の処置が必要な合併症、後遺症が残る可能性のあるような重大な副作用、健康被害は報告されていません。また、これは合併症ではありませんが、本治療法が新しい方法であるため、期待した効果が出ない場合があります。

4.他の治療法について

リンパ浮腫の治療法には保存療法と手術療法の2つの方法があります。

保存療法とは弾性包帯やストッキング・スリーブ、リンパドレナージ、スキンケアなどです。これらの治療法はリンパ浮腫の改善に効果的であり、それだけで進行を遅らせる効果がありますが、保存療法の場合、治療の中止により症状が悪化したり、包帯やストッキング・スリーブの着用の制約によって行動範囲が狭まる場合があります。

手術療法には顕微鏡で見ながら細いリンパ管と静脈を吻合するリンパ管静脈吻合術や、健康な部位からリンパ節を血管付きで移植する血管柄付きリンパ節移植、浮腫をきたした組織を吸引して減量する脂肪吸引術があります。いずれの手術も早期のリンパ浮腫に対しては良好な効果が得られることがわかっています。しかし、進行したリンパ浮腫に対しては早期のリンパ浮腫ほどには治療効果が望めないのが実情です。また、リンパ管静脈吻合術は技術的に困難であるために、実施できる医療機関に限られる、もしくは、期待したように効果が出ない、といった場合もあります。また、血管柄付きリンパ節移植や脂肪吸引術は、多くの場合、全身麻酔や入院が必要になります。

本治療以外にも上記のような治療方法があります。症状が軽度の場合、保存療法や手術療法で十分なこともあります。もし、他の方法をご希望の場合は気兼ねなくご相談下さい。

5.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と判断した場合は、本治療を受けることを拒否することができます。

6.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した場合や、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。

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.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いませんが、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、無償で必要な処置を行わせていただきます。

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、本クリニックが定める個人情報取扱実施規定に従い適切に管理、保護されます。

10.診療記録の保管について

本治療は自己細胞を利用して行う治療であるため、診療記録は最終診療日より原則 10 年間保管いたします。

11.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。実際に必要となる費用については今回の治療では 600,000 円(税抜) となります。

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。同意撤回に際しての費用は脂肪採取後 14 日目診療時間終了(採取日を 0 日目と数えます)までは無料、その後は一律 300,000 円(税抜)となります。カウンセリングや術前血液検査は料金を頂きません。ただし、提携医療機関などで画像撮影・診断を行い、料金が発生する場合はその医療機関にて実費をお支払いいただきます。

12.その他特記事項

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、本治療を受けてから 6 か月後までは、定期的な通院と診察にご協力ください。手・足の太さ、皮膚の硬さ、超音波検査などを用いて評価致します。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くこともあります。

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

13.担当医師の連絡先

氏名:

所属:

役職:

住所: 東京都港区南青山 3-18-16 ル・ボワビル 3F

電話番号: 0120-382-300

同意書

アヴェニューセルクリニック

医師 殿

私は再生医療等(名称「間葉系幹細胞によるリンパ浮腫治療」)の提供を受けることについて、「再生医療等提供のご説明」に沿って以下の説明を受けました。

- 再生医療等の内容について
- 再生医療等を受けることによる効果、危険について
- 他の治療法について
- 再生医療等を受けることを拒否することができること
- 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
- 同意の撤回について
- 健康被害に対する補償について
- 個人情報の保護について
- 費用について
- その他特記事項
- 担当医師の連絡先

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
説明担当者

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 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
患者様ご署名

同意撤回書

アヴェニューセルクリニック

医師 殿

私は再生医療等(名称「間葉系幹細胞によるリンパ浮腫治療」)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
患者様ご署名