

## 提供する再生医療等のご説明

自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた変形性関節症

一般社団法人志鴻会 銀座鳳凰クリニック

## 1. はじめに

今回、あなたに受けていただく治療は、脂肪由来間葉系幹細胞を用いた変形性関節症の治療です。（以下、「本治療」という。）本治療は、特定認定再生医療等委員会の審議に基づき承認を得た上で、厚生労働省に届出して実施されています。（\*備考参照）

本治療に参加されるかどうかは、この説明文書の内容を正しく理解いただき、あなたの自由意思にもとづいて、判断してください。本治療をお受けにならなくても、あなたが不利益を被ることはありません。また、不明な点があればどんなことでも気軽に質問してください。なお、本治療を受ける場合は、別紙の「同意書」にご署名のうえ、担当医師にお渡しください。

## 2. あなたの病気、および現在、日本で行われている治療について

現在、日本で行われている治療として薬物療法（直接貼る外用薬や、身体の中に薬を入れることで効果を発揮する内服薬・坐薬があり、一時的には、疼痛を緩和できます。）や、注射での治療（ヒアルロン酸注射は関節に注入すると疼痛を緩和できますが、半年程度の効果しかありません。ステロイド注射は痛みを軽減させる作用はありますが、ステロイド性膝関節症を起こす恐れがあります。）や装具（足底板やサポーターを使用し、O脚やX脚の変形による負担を減らしますが、根治治療ではありません）での治療があります。

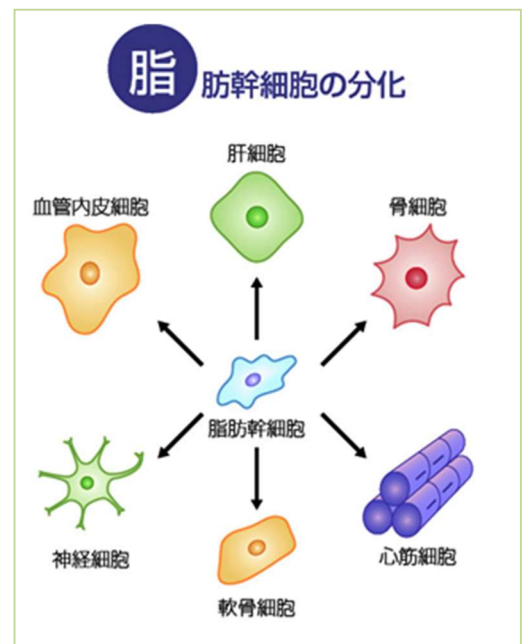
## 3. 本治療の目的と方法

### ① 自己脂肪由来間葉系幹細胞の幹細胞とは？

私たちの身体の中の細胞は絶えず入れ替わっています。また、これらの細胞の中には再び細胞を生み出す力を持った特別な細胞があります。この特別な細胞が「幹細胞」なのです。

幹細胞には、次の二つの能力があります。一つは、皮膚・赤血球・血小板など、私たちの身体を作る様々な細胞を作り出す能力(多分化能)、もう一つは同じ能力を持った細胞に分かれる能力(自己複製能)です。

「幹細胞」は、元の組織の細胞から出てきますが、元の組織が間葉系（骨細胞、心筋細胞、軟骨細胞、腱細胞、脂肪細胞など）の場合、間葉系幹細胞と呼ばれ、血をつくる血液系の細胞は造血幹細胞、神経系をつくる細胞を神経幹細胞というように、役目が決まっています。



そこで注目されるのが、幹細胞の中でも間葉系幹細胞です。間葉系幹細胞は、人の骨髄・脂肪組織や歯髄などから比較的容易に得ることができます。

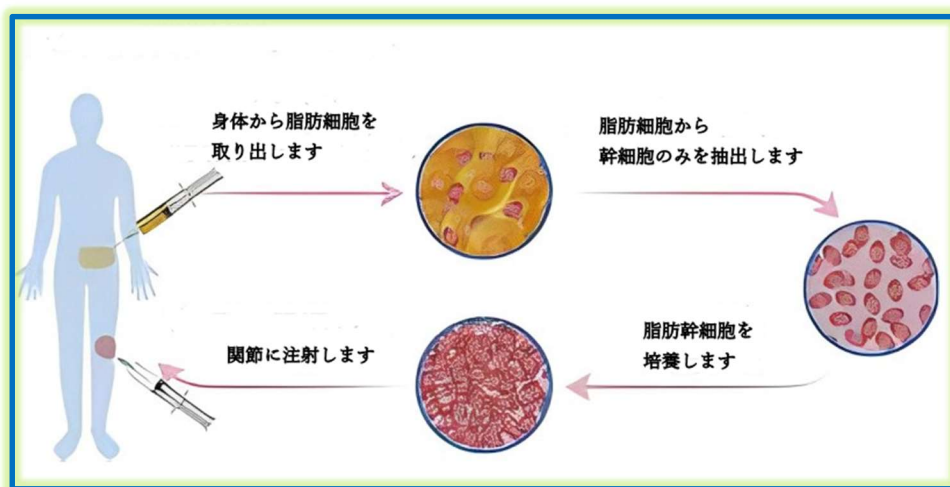
間葉系幹細胞によって、『傷ついた神経細胞を修復させること』、また、抗炎症因子を分泌させることに期待し『疼痛を緩和させること』、骨や関節の中に存在するコラーゲンの産生増強に期待し『運動機能を改善・向上させること』を目的として取り組んでいきます。使用するのは患者様ご自身の脂肪組織から採取した幹細胞ですので、アレルギー反応などのリスクも少ない治療法です。この治療は世界でも多くの施設で行われており、非常に有望な治療方法であると報告もされています。

私どもは、関節の機能改善を目的として、この脂肪由来間葉系幹細胞を関節に注射する治療を行います。

## ② 治療の目的

本治療は、薬物療法や注射での治療、装具での治療などが不可能あるいは効果が期待できない、あるいは患者様ご自身がこれらの治療を望まない方を対象にしており、脂肪由来間葉系幹細胞を培養し、その幹細胞を関節に注射します。脂肪由来間葉系幹細胞は神経血管などに分化していく能力や、障害がある部分を治癒していく能力、また炎症を抑える能力があります。本治療の目的は、投与した幹細胞が神経障害や機能障害を発症した部分に自然に集まり、神経の再生や神経損傷部分の修復を行うことで、運動機能の改善・向上が期待し、疼痛緩和と今まで動かせなかった手足の可動域を少しでも無理なく広げられ、無理なく日常生活を送れるクオリティーオブライフの向上を目指すことを最終的な治療目的と位置付けています。

## ② 治療の主な流れ



あなたが本治療の説明を十分に理解され、同意していただきましたら、次の流れで治療が行われます。

## 1. 術前検査

採血検査（一般検査、感染症検査など）をします。脂肪組織採取当日までに検査結果が必要になります。

## 2. 採取当日

脂肪組織と血液を採取します。

### 【血液採取】

血液は静脈から約 60mL を採血いたします。採血した血液は、特定細胞加工物製造工程で使用されるため、一般的な検査より多く採血します。

### 【脂肪組織採取】

診察と検査の結果から治療の実施が可能となった場合、ご自身の脂肪組織を採取いたします。脂肪採取の前日は睡眠を十分に取、飲酒は避け、食事は食べ過ぎないようにして、体調を整えて脂肪採取に来院してください。体調に問題がある場合には、脂肪採取を延期させていただきます。

組織は局所麻酔の下でご本人の腹部、臀部、大腿部などから、メスによる皮切にて、皮下脂肪組織を 1～2 g 程度採取させていただきます。所要時間は 30 分程度です。

採取の流れは以下の通りです。

- ① 予定された採取日当日のあなたの健康状態を確認し、バイタルチェックを行います。
- ② 採取当日の案内（採取後は飲酒を控え、入浴はシャワー程度にするなど）および採取後の滞在時間等説明を行います。
- ③ 服用している薬の確認を行い、採血（約 60mL）を行います。採取した血液は、細胞培養に用いる自身の血漿成分を得る目的です。なお、細胞培養に必要な血液の量である約 60mL を採取できない場合は、UltraGR0-Advanced を代替する場合がございます。  
※UltraGR0-Advanced は、安全性が確認されているご本人以外の血小板製剤です。  
もし、代替品の使用が必要な場合は、このまま治療をご希望されるかどうかを確認させていただきます。
- ④ 採取する部位をヒビテン消毒後、キシロカインもしくは、アレルギーがある場合はシタネスト 1.8mL にて局所麻酔します。
- ⑤ 1cm ほど 11 番メスにて皮切します。
- ⑥ ペアンにて周囲の皮下を剥離して、1～2g 程度の脂肪組織を切離採取します。

- ⑦ 止血確認後、4-0 針付きナイロン糸にて真皮縫合および皮膚縫合して閉創します。
- ⑧ ヒビテン消毒後、ハイドロコロイド材もしくはソープサンにて創部を閉じます。
- ⑨ 採取した脂肪組織をサンプル容器（一次容器）に入れます。
- ⑩ 容器を封印し、患者 ID を記載した所定のラベルを容器に貼ります。

脂肪組織採取後はベッド上に安静にて 30 分程度の間、容態を観察させていただき、採取手術に伴う疼痛や出血などの問題がなければ、帰宅していただきます。採取当日は飲酒を控え、入浴はシャワー程度にしてください。

### 3. 細胞の培養

採取した皮下脂肪組織は、細胞培養加工施設（製造許可取得済）へ速やかに移送します。細胞培養加工施設にて脂肪組織より幹細胞を分離し、培養増殖を行います。治療に必要な細胞数になるまで培養増殖を行います。

培養増殖の期間は、約 3～4 週間が必要です。細胞培養加工施設から投与日に移送されます。

### 4. 投与前日・投与当日・その後の検診

#### 【投与前日】

投与の前日は睡眠を十分に取り、飲酒は避け、食事は食べ過ぎないようにして、体調を整えて来院してください。

#### 【投与当日】

当日は投与前に問診およびバイタルサインの診察など、あなたの状態をチェックし、投与に支障がないことを確認いたします。投与する加工物が患者様ご本人の細胞であること、品質等に問題がないことを確認した上で、実施医師の判断で投与の可否を最終的に決定し、あなたにも再度本治療の説明を行い、確認をとります。

投与の流れは以下の通りです（投与は治療室で行います。）

- ① 通常は臥位あるいは仰臥位にて治療を行いますが、患部に注射をしやすい体位を適宜お取りください。
- ② 変形性関節症の症状がある関節腔に注射します。医師が必要と判断した場合は、穿刺の前に麻酔テープを使用します。
- ③ 麻酔テープを剥がして消毒し、穿刺部位にカットバンを貼り、15 分後に動き始めていただきます。不安な方には包帯を巻きます。
- ④ 異常がないことを確認した後、一時的な発熱や疼痛の出現の可能性、異常時の連絡などを再度確認し、治療は終了となります。

### 【その後の検診】

投与の翌日、医師から健康観察のために、メールまたは電話でご連絡を差し上げます。もし、何らかの症状がある場合は、ご相談ください。来院していただき診察いたします。治療後1週間以内は何らかの副作用が発症する可能性があり、稀に重篤な副作用が発症する可能性があります。何かご心配な症状等が出た際は病院へご連絡ください。

その後は定期的に検査を行っていきます。1か月後・3か月後・6か月後に定期的な検査が必要ですので通院していただきます。何等かのご事情で来院ができない場合は、電話およびZOOM、GOTO等のシステムを用いて情報を把握させていただきます。

定期的な検診以外でも気になることがありましたら、いつでもご連絡、ご来院ください。

また、あなたの症状によっては、1回の幹細胞注入では、十分な治療効果を得られない場合がございます。担当医師が症状を確認しながら、複数回の細胞注入を行うことが必要と判断する場合もございます。したがって、採取脂肪組織から細胞培養を行ったときに、良好な細胞が十分量得ることが出来た場合には、複数回の細胞注入が行えるように細胞を培養して凍結保存をいたします。なお、凍結保存が出来なかった場合には、以降の治療を継続するために再度の脂肪採取が必要になることもございます。

### <脂肪組織採取を行う医療機関の説明>

脂肪組織採取はすべて一般社団法人志鴻会 銀座鳳凰クリニックで行います。

名称：一般社団法人志鴻会 銀座鳳凰クリニック

住所：〒101-0021 東京都千代田区外神田 4-14-1

秋葉原 UDX ビル 北ウイング 6階

電話：03-6263-8163

管理者：永井 恒志

実施責任者氏名：永井 恒志

脂肪採取を行う医師名： \_\_\_\_\_

### <幹細胞投与を行う医療機関の説明>

培養した幹細胞の投与については、すべて一般社団法人志鴻会 座鳳凰クリニックで行います。

- 名称：一般社団法人志鴻会 銀座鳳凰クリニック
- 住所：〒101-0021 東京都千代田区外神田 4-14-1  
秋葉原 UDX ビル 北ウィング 6 階
- 電話：03-6263-8163
- 管理者：永井 恒志
- 実施責任者氏名：永井 恒志
- 幹細胞投与を行う医師名： \_\_\_\_\_

### 4. 予想される効果および不利益

#### ① 予想される効果

本治療では、脂肪由来間葉系幹細胞を関節に注射することにより、幹細胞が神経障害や機能障害を発症した部分に自然に集まり、患部の炎症を抑えて神経の再生や神経損傷部分の修復を行うことで、運動機能の改善・向上が期待できます。また、疼痛が緩和されることで、今まで動かせなかった手足の可動域を少しでも無理なく広げられることが期待出来ます。

#### ② 予想される不利益

<脂肪組織採取に伴うもの>

- 脂肪組織採取施術は、1cmほど皮膚切開し、器具（ペアン）にて周囲の皮膚を剥離して脂肪組織を採取いたします。局所麻酔を施すため、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、施術中は特に痛みを感じられることはないと思われま
- 局所麻酔の使用及び皮膚を皮切して脂肪組織を採取するため、まれに次のような合併症・副作用を起こす可能性があります。

- ・皮下出血
- ・感染症
- ・術後瘢痕
- ・ケロイド
- ・薬物の副反応（アナフィラキシーや心停止など含む）

- ・局所麻酔中毒
- ・術後疼痛

脂肪組織を採取した後は十分に止血を行います。まれに採取部位に血腫が起こることがあります。そのまま放置しておくと血腫は大きくなり、そこから感染の恐れもあり、傷跡も汚く残る可能性があります。

※少しでも腫れる・痛い・内出血等がみられましたら、これぐらいは大丈夫とご自身で判断せず速やかにクリニックにご連絡ください。

その他予期せぬ合併症を伴う可能性があります。採血によりめまいやふらつきなどの迷走神経反射を起こす場合もございます。採取した部位に陥凹などのトラブルが生じることもありますが、その場合は診察の予約を取っていただき、経過観察しながら美容的なフォローアップを行っていきます。

#### <細胞の培養及び移送に伴うもの>

○次の様な場合は、医師の判断で本治療を中止する場合があります。

- ・細胞加工施設にて本治療に使用する細胞の培養中および出荷の際に、細胞に何らかの汚染や形態異常が疑われ、本治療による効果が期待できない場合
- ・本治療を受ける方に不利益が生じると判断した場合
- ・培養で予定細胞数が得られず、その細胞数では、本治療による効果が期待できないと判断した場合
- ・細胞培養を完了した細胞は、院内の細胞培養加工施設から適切な品質管理にて移送を行うが、万が一細胞の移送中に事故等があった場合や容器等が破損した場合

#### <幹細胞投与に伴うもの>

○脂肪由来間葉系幹細胞を関節に注射する際のリスク

- ・注射部位の痛み
- ・感染
- ・アレルギー反応（アナフィラキシーなど）

○予期せぬ重篤な合併症が発生する可能性があります。

万が一の場合には、三井記念病院との連携も確認しております。

○なお、安全に脂肪由来間葉系幹細胞を用いて関節に幹細胞を投与できたとしても、期待通りの症状改善が得られない、もしくは効果が長く続かない可能性があります。



<妊娠および胎児へのリスクについて>

○妊婦および胎児への影響の有無は、未だ明確ではありません。リスク回避のため、治療期間中は避妊を行ってください。万が一妊娠が発覚した場合には、すみやかに報告してください。

## 5. 本治療の対象とする方の選定基準

本治療は、関節治療で薬剤治療や理学療法等による改善が望めない、あるいは効果がこれ以上期待できない、あるいは患者様ご自身がこれらを望まない方を対象としております。

また、治療の効果が期待できることを前提に、予想される副作用、および後述する禁忌事項がないことを口頭及び文書で説明し、本治療を行うことに事前同意が得られた患者様に限り本治療を実施するものとします。

### 《対象基準》

以下のすべての基準を満たす患者様を対象とします。

- ① 関節周囲炎は炎症期と診断された方
- ② 変形性関節症は、Kellgren-Lawrence 分類で Grade1～4 である方
- ③ 理学療法等による改善が望めない方
- ④ 18 歳以上 90 歳未満の方  
\*18 歳未満の患者様が本治療を受ける場合は、保護者の同意を必要とします。
- ⑤ 脂肪採取に十分耐えられる体力および健康状態を維持されている方
- ⑥ 本治療に関する同意説明文書を患者様にお渡しし、十分な説明を行い、患者様ご本人の自由意思による同意を文書で得られた方（患者様ご本人が手の痺れ、麻痺等の理由から同意書に署名ができない場合には、ご本人に代わり代筆者となり得る方が同意文書にご本人の氏名及び代筆した旨と代筆者（氏名・ご本人との関係）を記した方）
- ⑦ 問診、検査等により担当医師が適格性を認めた方
- ⑧ HIV、HTLV-1、HBV、HCV および梅毒、マイコプラズマの病原性微生物検査を受け、結果が得られた方

また、本治療は脂肪組織の採取が必要であり、処置中または処置後の合併症及び副作用が起こる可能性があるため、以下の基準に該当する患者様は本治療の対象外とします。

### 《対象外の基準》

以下のいずれかの基準に該当される患者様は治療対象から除外します。

- ① 本治療および脂肪組織の採取時に使用する麻酔薬、または消炎鎮痛剤、抗生物質等に重篤なアレルギー歴がある方
- ② 悪性新生物又は上皮内新生物を有している方

- ③ 抗菌薬投与に関連するアナフィラキシーが疑われる方
- ④ 妊娠・授乳中の方
- ⑤ その他、担当医師（実施医師）が不適当と判断した方

以下の項目に該当する方は、本再生医療を提供することの可否について、治療担当医師が十分に検討を行い、慎重に判断します。

- ① 病原性微生物検査(HBV、HCV、HIV、HTLV-1、梅毒、マイコプラズマ)が陽性の方

## 6. あなたに守っていただきたいこと

本治療を受ける場合には、以下のことをお守りください。

- ・ 治療中は、担当医師の指示に従ってください。
- ・ 幹細胞の分離及び品質向上のために、既往歴や現在治療中の疾患について、正確に申告してください。
- ・ 治療期間中、既往以外の疾患に罹患した場合は、担当医師に申告してください。
- ・ 妊婦および胎児へのリスクは未知数であり、治療期間中は避妊を行ってください。万が一妊娠が発覚した場合にはすみやかに報告してください。
- ・ 本治療において、検査が必要となった場合、担当医師の指示にしたがってください。
- ・ 連絡先が変更になった場合は、当院へご連絡ください。

## 7. 本治療を中止する場合について

次に挙げる理由で本治療の継続が不可能と判断した場合、治療を中止する場合があります。なお、中止後の治療対象者の治療については、治療対象者の不利益とならないよう、誠意を持って対応します。

- ・ 治療対象者への効果が期待できないと判断した場合
- ・ 細胞の品質に疑いがある場合（細胞の汚染や形態異常など）
- ・ 副作用（ショック、アレルギー反応、肝障害、腎障害、呼吸障害）が発現し、投与が困難と判断された場合
- ・ 対象から除外すべき条件に該当することが、投与開始時に判明した場合
- ・ 治療対象者から本治療の辞退の申し出や同意の撤回があった場合
- ・ 治療計画全体が中止とされた場合
- ・ その他、担当医師（実施医師）が治療の継続を不適当と判断した場合

## 8. 同意とその撤回および治療を拒否することについて

本治療を受けることは、あなたの自由です。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は判断した場合は、本治療を拒否することができます。

この治療を拒否しても、治療における不利益を受けることはありません。細胞を採取した後であっても、培養した細胞を投与する直前まで、いつでも取りやめることができます。取りやめることによって治療における不利益を受けることはありませんし、これからの治療に影響することはありません。

## 9. 本治療に関する情報について（健康・遺伝的特徴等の重要な知見が得られた場合）

この脂肪幹細胞での再生医療の提供に伴い、提供者の健康、子孫に受け継がれ得る遺伝的特徴等に関する事例は今のところ報告はございません。万が一、患者様自身の参加継続の意思に影響を与える可能性のある情報、偶発症や検査値異常などが得られた場合には、速やかにお伝えいたします

## 10. 本治療の費用について

<治療費について>

本治療は、保険適用外の治療（自由診療）であるため、本治療の提供にかかる費用は、培養にかかる細胞加工費、幹細胞投与費、検体輸送費、検査費、薬剤などの消耗備品を含め、治療費総額 3,355,000 円（税込）を患者様ご自身にご負担いただきます。2回目以降の投与も凍結保存の有無にかかわらず、3,355,000 円（税込）となります。ただし、凍結保存がされていない場合は、適切な期間を空けて改めてあなたの同意を得た上で、採取を行います。

また、治療に使用する細胞の品質が悪く治療ができない場合、再度脂肪組織の採取および細胞培養を行います。その際に係る費用については、あなたに請求することはありません。

なお、同意の撤回を含め組織採取後に治療を中止した場合は、全額をご負担いただきます。

※ 必要に応じて、追加検査費用などが生じる場合があります。（生化学検査など）

※ 交通費などの実費についても、患者様に負担していただきます。

※ 自由診療であるため、高額療養費制度の対象になりません。また所得税などの医療費控除の対象にもなりませんのでご注意ください。

※ 支払い期限は組織採取時まで、2回目以降の投与については投与日決定時までとなります。

## 11. 試料等の保存、破棄方法について

本治療終了後、診療情報は当院管理の下、匿名加工情報として、クリニックにて厳重に保管します。本治療によって得られた細胞等は患者様ご自身の治療にのみ使用し、研究やその他の医療機関に提供することはありません。

本治療によって得られた検体（検査用及び治療用の脂肪組織由来間葉系幹細胞）は、銀座鳳凰クリニック再生医学細胞培養センターにおいて凍結保存されます。保存の期間は、検査用として6か月（-80℃ 冷凍保存）、治療用として最長5年間（液体窒素にて凍結）保存します。保存期間を過ぎますと、銀座鳳凰クリニック再生医学細胞培養センターにおいて医療廃棄物として処理いたします。

## 12. プライバシーおよび個人情報の保護について

### 個人情報等の取り扱い

当院は、個人情報の保護に関する法令及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(厚生労働省)」に沿った内部規程を遵守し、以下の個人情報保護方針を定め確実な履行に努めます。個人情報の利用目的は本治療への利用に限ります。なお、細胞加工施設および提携医療機関に対しては、当院にて各患者に対応するIDを発行し、個人が特定されない形（匿名加工情報）で利用いたします。

### 《個人情報保護に関する基本方針》

#### 【法令等の遵守】

当院は、個人情報の保護に関する法令及び内部規程を遵守し、保有する個人情報の適正な管理・利用と保護に努めます。

#### 【個人情報の取得】

当院は、診療・看護及び患者様の医療にかかわる範囲において個人情報を取得します。

#### 【個人情報の利用目的】

個人情報は以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて利用いたしません。

- 診療のために利用する他、当院の運営、教育・研修、行政命令の遵守、他の医療・介護・福祉施設との連携等のために、個人情報を利用する場合。
- 外部機関による病院評価、学会や出版物等で個人が特定されない形に加工（匿名加工情報）して報告する又は利用する場合。
- 法令等により提供を要求された場合。
- 患者様の同意を得た場合。

### 【個人情報の開示】

当院は、法令の定める場合を除き、患者様の許可なく、その情報を第三者に提供いたしません。また、患者様の個人情報について患者様が開示を求められた場合には、遅滞なく内容を確認し対応いたします。

### 【個人情報の内容訂正・利用停止】

当院が保有する個人情報（診療記録等）について、事実でない等の理由で内容の訂正・利用停止を求められた場合は、調査し適切に対応いたします。

### 【教育及び継続的改善】

個人情報保護体制を適切に維持するため、従業員の教育・研修を実施することにより、周知徹底いたします。また、これを継続的に維持し、必要な改善をまいります。

### 【個人情報の適正管理】

個人情報の紛失、破壊、改ざんおよび漏えい等を防止するため、不正アクセス、コンピュータウイルス等に対する合理的な対策を講じます。万一の問題発生時には速やかな是正対策を実施します。

### 【匿名加工情報について】

当院では、患者様の情報から個人を識別できる情報を取り除き、新たに ID(番号や符号)を付して匿名化いたします。提携医療機関や細胞加工施設等の委託機関へはこの ID を用いて、個人を識別できないようにいたします。また、個人を識別できる情報と匿名化した ID との対応表を作成することにより、どれが誰のデータなのか分かるようにすることで取り違えを防止いたします。

## 13. データの二次利用について

本治療に関する患者様の情報は、原則として本治療のためのみに用いさせていただきます。しかし、再生医療は、まだ新しい治療領域です。幹細胞を用いたこの療法の成果については、将来計画される別の研究や治療にとっても貴重な情報として使わせていただくことに、あなたの同意が頂けるようお願いいたします。

あなたの同意が得られれば、他の研究に情報を使用する可能性があります。その場合、あなたの検体や診療情報は個人が特定できない形で使用され、当院の倫理審査委員会によって、個人情報の取り扱い、利用目的などが妥当であることが審査されたものに限定いたします。このような利用は、同意・署名がない場合はおこないません。同意はせず、治療のみを行うこともできますが、可能な範囲でご協力をお願いいたします。

#### 14. 本治療から生じる知的所有権について

本治療についての成果に係る特許権などの知的所有権が生じた場合には、本治療を受けていただいた患者様が、これらの権利を持つことはありません。これらの権利などは、担当医師あるいは本治療を実施する機関に帰属することとなりますことをご了承ください。

#### 15. 健康被害が発生した場合の補償および治療

本治療によって健康被害が生じた場合は、医師が適切な診察と治療を行います。想定範囲内を超える重篤な健康被害が生じた場合には、当院または担当医師の加入する保険から補償の給付を受けることができます。しかしながら、健康被害の発生原因が本治療と無関係であったときには、補償されないか、補償が制限される場合があります。

#### 16. 連絡先（相談窓口）

当院では安心して本治療を受けることができるよう健康被害が疑われるご相談および問い合わせ等に対して、相談窓口を設置しております。相談内容は一旦相談窓口にて承り、医師又は担当の事務職員が迅速に対応致します。

相談窓口連絡先：03-6263-8163

10時～17時

休診日 日・祝祭日

※診察時間外の緊急の場合は事前にお知らせした緊急連絡先で対応いたします。

#### 17. 本治療を審査した認定再生医療等委員会について

本治療を審査した特定認定再生医療等委員会は、厚生労働省から認定された委員会です。

認定番号：NA8160006

**安全未来特定認定再生医療等委員会**

〒213-0001 神奈川県川崎市高津区溝口 1-19-11 グランデール溝の口 502 号

TEL (044)281-6600 FAX (044)812-5787

<https://www.saiseianzenmirai.org/>

※1 特定認定再生医療等委員会とは、再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成 25 年法律第 85 号）が平成 26 年 11 月 25 日に施行に基づき、再生医療等提供計画の審査等業務を行う厚生労働省の設置認可を受けた委員会です。

備考

---

厚生労働省への届出

再生医療等の名称：「自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた変形性関節症治療」

再生医療等提供計画を厚生労働大臣又は

地方厚生局長に提出した年月日：x x x x年 月 日

再生医療等提供計画の計画番号：PB x x x x x x

# 同意書

一般社団法人志鴻会 銀座鳳凰クリニック  
院長 永井 恒志 殿

治療名： 自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた変形性関節症治療

## 記

- はじめに
- あなたの病気、および現在、日本で行われている治療について
- 本治療の目的と方法
- 予想される効果および不利益
- 本治療の対象とする方の選定基準
- あなたに守っていただきたいこと
- 本治療を中止する場合について
- 同意とその撤回および治療を拒否することについて
- 本治療に関する情報について（健康・遺伝的特徴等の重要な知見が得られた場合）
- 本治療の費用について
- 試料等の保存、破棄方法について
- プライバシーおよび個人情報の保護について
- データの二次利用について
- 本治療から生じる知的所有権について
- 健康被害が発生した場合の補償および治療
- 連絡先（相談窓口）
- 本治療を審査した認定再生医療等委員会について

説明を受け同意したところには、□にチェックを入れてください。

上記の『自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた変形性関節症治療』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： \_\_\_\_\_ (印)

(自筆署名もしくは押印)

上記に関する説明を十分理解した上で、本治療を受けることに同意します。



同意年月日：            年        月        日

同意者（患者ご本人）

ご署名： \_\_\_\_\_ ⑩

（自筆署名もしくは押印）

代筆者：（続柄            ）

ご署名： \_\_\_\_\_ ⑩

（自筆署名もしくは押印）

患者様ご本人に連絡が取れない場合の緊急連絡先： \_\_\_\_\_（続柄）

（            ）            —

## 同意撤回書

一般社団法人志鴻会 銀座鳳凰クリニック  
院長 永井 恒志 殿

私は、再生医療等『自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた変形性関節症治療』の提供を受けるにあたり、担当医師から説明を受けて十分理解し同意しましたが、再度検討した結果、私の自由意思による参加の中止も自由であることから、本治療への同意を撤回いたします。

同意撤回年月日：           年       月       日

同意撤回者（患者ご本人）

ご署名： \_\_\_\_\_ (印)

(自筆署名もしくは押印)

代筆者：（続柄            ）

ご署名： \_\_\_\_\_ (印)

(自筆署名もしくは押印)

私は、上記患者様が再生医療等『自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた変形性関節症治療』の提供について、同意撤回の意思を確認いたしました。

担当医師

確認年月日：           年       月       日

担当医師署名： \_\_\_\_\_ (印)

(自筆署名もしくは押印)