

提供する再生医療等のご説明

頭部皮膚毛髪に加齢性変化（脱毛症など）に対しての自己脂肪組織由来

幹細胞を用いた局所注射療法

【再生医療等提供機関】

一般社団法人徳仁会 AMIRI 免疫研究所 AMIRI CLINIC
〒541-0053 大阪府大阪市中央区 1 丁目 4-13 SSI 本町ビル 6 階・7 階・8 階
電話番号 06-4256-4202

【再生医療等提供機関管理者】

一般社団法人徳仁会 AMIRI 免疫研究所 AMIRI CLINIC
院長 伊藤 實喜
〒541-0053 大阪府大阪市中央区 1 丁目 4-13 SSI 本町ビル 6 階・7 階・8 階
電話番号 06-4256-4202

1. はじめに

この説明文書は、当院で実施する「頭部皮膚毛髪に加齢性変化（脱毛症など）に対しての自己脂肪組織由来幹細胞を用いた局所注射療法（以下、本治療という。）」の内容を説明するものです。この文書をお読みになり、説明をお聞きになってから十分に理解していただいた上で、この治療をお受けになるかをあなたの意思でご判断ください。

また、治療を受けることに同意された後でも、いつでも同意を取り下げることができます。治療をお断りになっても、あなたが不利な扱いを受けたりすることは一切ありません。治療を受けることに同意いただける場合は、この説明書の最後にある同意書に署名し、日付を記入して担当医にお渡してください。

この治療について、わからないことや心配なことがありましたら、遠慮なく担当医師や相談窓口におたずねください。

2. 再生医療等の治療について

2014年の「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」施行により、幹細胞を用いた治療は法律に従って、計画・実施することになりました。この治療に関する計画も、法律に基づいて厚生労働省に認定された「一般社団法人 日本先進医療臨床研究会（JSCSF） 特定認定再生医療等委員会（RMC）」で審査を経て、厚生労働大臣に届出・受理されています（番号〇〇〇〇）。

3. 脂肪組織採取医療機関・提供医療機関等に関する情報について

再生医療等を提供する医療機関	一般社団法人徳仁会AMIRI免疫研究所 AMIRI CLINIC
当該医療機関の管理者・実施責任者	院長 伊藤 實喜
再生医療等を提供する医師	伊藤 實喜
脂肪組織を採取する医師	伊藤 實喜

4. 頭部皮膚毛髪老化と当院の治療について

脂肪組織由来幹細胞（以下、幹細胞）は、脂肪組織に存在し多様な細胞に分化できる能力を持つことがわかっています。幹細胞は毛包などの正常な細胞増殖を維持し、毛包に存在する幹細胞を活性化することによる毛髪再生と、様々なサイトカインの働きによる毛髪・毛包の成長の働きがあることが報告されています。また、脱毛症の治療における幹細胞の使用は、慢性的に損傷した組織の修復・再生、毛髪の成長・再生を高めることが期待されており、い

くつかの報告ではその治療効果が認められています。

本治療は、幹細胞を、頭部皮膚毛髪老化をきたした局所に注入することによって、頭部皮膚毛髪に加齢性変化を改善することを目的としています。

5. 再生医療等の目的及び内容について

○幹細胞とは？

幹細胞は、分裂して自分と同じ細胞を作る能力（自己複製能）と別の種類の細胞に分化する能力（多分化能）を持った細胞で、胚性幹細胞（ES細胞）や人工多能性幹細胞（iPS細胞）などが知られています。本治療に用いる脂肪由来幹細胞は人が誰でも持っている体性幹細胞と呼ばれる幹細胞の一種です。脂肪由来幹細胞はES細胞やiPS細胞といった他の幹細胞に比べ、倫理的な問題や発がんリスクが極めて低く、採取も簡易なことから、患者様の体への負担が少なく済むことが特長です。

○治療の目的

投与された脂肪由来幹細胞は、損傷個所に集まり（ホーミング効果）、炎症の鎮静化、血管の新生、傷ついた組織の修復や周辺環境の再形成を担います。本治療によって、細胞老化をきたした頭部皮膚毛髪組織が修復、再生されることが期待され、血管の新生などを介して体細胞の老化の進行を妨げ、遅らせることを目的とします。

○治療の内容

（１）対象となる方

頭部皮膚毛髪に加齢性変化（脱毛症など）と診断され治療を希望する方で、以下の選択基準に合致し、除外基準に抵触しない方が対象となります。

選択基準：

- 1) 年齢は20歳以上85歳未満とし、性別は問いません。
- 2) 担当医師の診断ならびに機器による所見などから、本治療の適応と診断した頭部皮膚毛髪に加齢性変化をきたした方を対象とします。

除外基準：

- 1) 脂肪採取時や治療施行時に安静が保てない方
- 2) 本治療に必要な脂肪量が得られない方
- 3) 透析中の方
- 4) 妊娠中の方
- 5) がんの方
- 6) その他、実施責任者および本治療担当者が倫理的、科学的、安全性の観点から本治療が不適切と判断した方

細胞の入手に際しては適切な衛生管理がなされた場所において医師により適切に行われ、下記に掲げる既往歴を確認するとともに、輸血又は移植を受けた経験の有無等から、適格性の判断をいたします。ただし、適格性の判断時に確認できなかった既往歴について後日確認可能となった場合は、再確認をいたします。細胞の提供はご本人より無償で行われ、とりわけ微生物等による汚染には注意を払い、必要に応じて検査を行い、陰性であることの確認を行います。なお、保管に関しては適切に行います。

(ア) 梅毒トレポネーマ、淋菌、結核菌等の細菌による感染症

(イ) 敗血症及びその疑い

(ウ) 悪性腫瘍

(エ) 重篤な代謝内分泌疾患

(オ) 膠原病及び血液疾患

(カ) 肝疾患

(キ) 伝達性海綿状脳症及びその疑い並びに認知症

(ク) 特定の遺伝性疾患及び当該疾患に係る家族歴

(ケ) 肺塞栓症

加えて下記に掲げるウイルスについては、問診を行い、必要に応じ下記の検査（血清学的試験、核酸増幅法等を含む。）を行い感染の有無を確認いたします。

(ア) B型肝炎ウイルス（HBV）

(イ) C型肝炎ウイルス（HCV）

(ウ) ヒト免疫不全ウイルス（HIV）

(エ) パルボウイルス B19（ただし、必要な場合に限る。）

以上の既往歴、問診、検査結果等を考慮して、医師がその適格性を判断いたします。とりわけウイルス感染に関しては潜伏期間があることから医師の判断で適切な時期に再検査を実施いたします。なお、本治療を目的として採取された組織からの細胞のみ本治療に使用いたします。

(2) 治療の方法

本治療は以下の流れで実施いたします。

1) 医師による診察を行い、ご本人様に治療説明を行ったうえで同意をいただきます。

2) 当院の定める事前検査および適合判定を実施

※当院の定める事前検査と同様の検査を既に他院で行っている場合は、検査結果を担当医にご提示ください。担当医師の判断で事前検査が不要となる場合もあります。

3) 脂肪採取および採血

脂肪採取は局所麻酔で実施されます。腹部あるいは臀部など脂肪が確実に採取で

き、ご本人様が同意される場所から採取します。1～2.5cm 前後の皮膚切開をし、脂肪組織を1～2g程度採取し、必要に応じて縫合閉鎖します。脂肪組織採取時の感染予防に備えて抗生物質の服用あるいは点滴を行います。また細胞を培養するために必要な血液（約8ml～50ml以内）を採取する場合がございます。

採取当日は激しい運動、飲酒、入浴などはお控えいただき、十分な睡眠をお取りください。また脂肪採取1週間～10日後に脂肪採取部位の処置のために来院していただきます。来院できない場合はご相談ください。

4) 細胞培養・加工

採取された脂肪は提携の細胞培養加工施設に転送されます。採取した脂肪組織から幹細胞を分離して培養・増殖を行います。当院で使う幹細胞の培養にはUltraGRO-Pure GI^{※1}というご本人以外の血小板製剤を用います。このことに同意いただけない場合は採血（約8ml～50ml以内）をさせていただき、自己血清を使って培養します。ただし、この場合、複数回の治療の際に再度採血をご依頼することがあります。

初回は投与まで約6週間の培養期間を要します。また幹細胞の培養が順調に進まない場合は培養を中止することがあります。その場合は治療を中止するか、脂肪採取が改めて必要になる場合があります。（再度、脂肪採取を行う場合は、脂肪採取に要する費用のご負担はいただきません。）

※1 本製剤は独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）により再生医療等製品材料適格性確認を受けて使用されるものであり、投与を受けられる際には本製剤は洗浄除去されています。

5) 投与

当日は投与前に問診および診察で、ご本人様の健康状態をチェックし、投与に支障がないことを確認いたします。投与する特定細胞加工物（幹細胞）が患者様ご本人様の細胞であること、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ます。投与は頭部皮膚老化をきたした部位に皮下注射を行います。所要時間は1時間～1時間半ほどを予定しております。投与当日は、激しい運動、飲酒、入浴などはお控えいただき、十分な睡眠をお取りください。

6) 治療後観察

幹細胞投与から1・3・6・12カ月後を目安に診察および検査を行います。遠方の方で定期的な通院が困難である場合は電話やオンライン診察でも可能です。また画像検査についてはかかりつけ医等、他院様のデータを使用することも可能です。

7) その他

当院では1回につき約1億個^{※2}の幹細胞数の投与を目安としております。年齢や症状によって細胞数を制限する場合があります。安全性を踏まえて実施医師が決定いたします。

また幹細胞の増え方には個人差があり、1億個に満たない場合もございます。培養した幹細胞が規定数に満たない場合でも、患者様のご要望がある場合には投与することがあります。その際、期待される治療効果が得られない可能性があります。ご了承ください。

※2 アメリカFDAの示した体重1kgあたり200万個を基準としております。

6. 本治療を受けていただくことによる利益、不利益について

○予期される効果

幹細胞治療は頭部皮膚毛髪老化に対しても、慢性的に損傷した組織の修復・再生、毛髪の成長・再生を高めることが期待されており、その治療効果の報告も増えてきており、従来の治療法のみでは有効性に乏しい症例に対しても、合理的な治療法と考えられるようになってきています。しかし、効果には個人差があり、患者様の症状、発症時期、また投与後の生活習慣等により、1回の幹細胞投与では十分な治療効果が得られない場合がございます。実施医師が回復状況を確認しながら、複数回の幹細胞投与を推奨する場合がございます。実施医師とよくご相談ください。

○予期される不利益

本治療により、起きる可能性がある症状に以下のことが挙げられます。

1) 脂肪採取時

- ① 皮下血種（程度により腹部皮膚の色素沈着）
- ② 創部からの出血
- ③ 創部の疼痛、腫脹、感染
- ④ 傷跡やヒキツレ
- ⑤ 麻酔によるアレルギー反応

2) 幹細胞投与時

- ① 穿刺部の痛み、内出血
 - ② 嘔気、嘔吐
 - ③ アレルギー反応による冷汗、嘔気、発疹、掻痒感、呼吸困難、血圧低下、アナフィラキシーショックなど
- （幹細胞はヒト血清アルブミン製剤含有輸液製剤に浮遊させ治療用細胞液として

おり、ごく稀にアレルギー反応が起こり得ます。)

④ 肺塞栓症

投与された幹細胞が肺の毛細血管に詰まり、症状が重い場合、呼吸困難をひき起こす場合があります。

⑤ 悪性腫瘍の肥大

がん罹患していた場合、幹細胞投与によってがんを含む腫瘍が大きくなる危険を指摘している論文があります。これは幹細胞による成長因子の分泌や抗炎症効果によるものと考えられています。このため、がんの患者様は適用外としております。

その他、もしも何らかの不調や気になる症状が見られた時は、遠慮なくお申し出ください。

7. 他の治療法について

男性型および女性型脱毛症等への治療法には、一般的に、男性ホルモンを抑制する薬（フィナステリド・デュタステリド）の内服やミノキシジルなどの外用などの薬物治療が主流ですが、それ以外に、植毛などの治療法があります。

これらの治療法の患者様にとってのメリットやデメリットについて以下の表にお示し致しますので、ご参照ください。

治療法	メリット	デメリット
薬物療法 内服薬（フィナステリド・デュタステリド）	・ 抜け毛を予防できる ・ 1日1回の服用で済むため、継続しやすい ・ 効果が持続的である	・ 効果が現れるまでに数ヶ月かかる ・ 副作用の可能性がある（肝機能障害、性欲減退、抑うつ症状、発疹など）
薬物療法 外用薬（ミノキシジル）	・ 育毛・発毛効果がある	・ 初期脱毛という一時的な脱毛の時期がある ・ 副作用の可能性がある（適用部のかゆみや発疹、皮膚炎、紅斑など、浮動性めまいや頭痛、動悸、血圧低下など）
植毛 （自毛植毛）	・ 自然な仕上がり ・ 拒絶反応や感染症のリスクが少ない	・ 費用が高額 ・ 移植できる本数が限られる

※上記の比較表では、一部の代表的な内容を記載しておりますため、すべての情報を網羅しているわけではありません。詳細な情報をお知りになりたい場合は、担当医師にご相談ください。

さい。

8. 再生医療等を受けることを拒否する、また、同意の撤回について

- 1) 当院の当該再生医療等に関して同意するかどうかは、あなたの自由意志に基づき、お決めください。また本療法はいつでも同意を撤回し、中止することができます。
- 2) 本療法を受けることを拒否すること又は同意を撤回することにより不利益な取り扱いを受けることはありません。
- 3) やむを得ない事情によって当院が細胞培養を中断せざるを得ない場合、本療法の延期または中断、中止することがあります。また、本療法の延期または中断、中止決定時に細胞の培養を開始している場合は、培養中の細胞を破棄することがあります。
- 4) 前項の場合で、延期、中断、中止が地震等の自然災害や自然災害に起因する事象、その他予期せぬ原因によって生じた場合、当院は本療法の延期または中断、中止によりあなたが被る一切の損害について、賠償の責を負いません。また、この場合、破棄することとなった細胞の培養費用については、本療法を受けられるご本人の負担となります。
- 5) 本療法の中止をお伝えいただいた場合、凍結保存している脂肪組織や細胞等は破棄致します。中止後に本療法を再度受けることを希望される場合は、患者様の負担で脂肪採取が必要となりますのでご了承ください。
- 6) 当該細胞を用いる再生医療等に係る特許権、著作権、その他の財産権等は当院 一般社団法人徳仁会 AMIRI 免疫研究所 AMIRI CLINIC へ帰属します。

9. 治療にかかる費用について

本治療は保険適用外となり、全額自費でご負担いただく自由診療です。

10. 特定細胞加工物の管理保存、破棄について

採取された脂肪組織は提携している細胞培養加工施設で培養加工に使用されます。増やした幹細胞（法律ではこれを「特定細胞加工物」といいます）の一部は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後証品として投与終了後5年間-20℃以下で冷凍保存されます。複数回投与を行う場合はその都度保存されます。5年経過後は医療廃棄物として適切な方法で破棄されます。なお、十分に細胞が増えなかった場合や細胞増殖中に細菌等の汚染が確認された場合には保存は行わず医療廃棄物として適切な方法で全て破棄されます。

11. 健康被害発生した場合について

本治療が原因で健康被害が生じた場合、医師が適切な診療を行います。健康被害が発生

した場合に備え、当院は医師賠償責任保険に加入しています。しかし、金銭的補償がなされるのは、ある程度以上の障害が長期にわたる場合に限られることをあらかじめご承知おきください。なお、医療行為の過ちにより健康被害が生じた場合には、医師または当院の責任賠償保険によって賠償がなされる場合があります。

私どもは本治療が安全に行われ、治療効果も見られることを期待していますが、本治療で効果がなかった場合は補償の対象とはなりません。

1 2. 個人情報の保護と成果の公表

○個人情報の保護

本治療により得られるご本人様やご家族様、関係者様などに関する個人情報は適切に管理されます。当院以外の機関に情報を提供されることがありますが、個人を特定できる情報は一切記載されません。

○成果の公表

本治療により得られた結果を学会や学術雑誌等で公表することがありますが、個人情報の保護に関する法律に従い、患者ご本人様やご家族様、関係者などを特定できる情報は一切記載されません。

1 3. その他特記事項

- (1) 本治療のカルテは 30 年間保管いたします。
- (2) 取得した細胞は個人を特定するようなゲノム・遺伝子解析はおこなわれません。また対象者の健康、子孫に受け継がれ得る遺伝子に関する変異等の知見が得られる可能性はありません。
- (3) 本治療が終了し、脂肪組織の廃棄が決定した場合、幹細胞治療研究のために使用させていただく場合がございます。なお、その場合においては他の医療機関や研究機関へ譲渡することは原則予定しておりませんが、専門的解析を行う場合は譲渡する場合がございますので、ご了承ください。その場合でも個人が特定されることは一切ございません。また、研究により大きな成果が得られ特許権等が生じる可能性もありますが、その権利はグランソール免疫研究所に帰属します。

1 4. 認定再生医療等委員会について

本治療は一般社団法人 日本先進医療臨床研究会（JSCSF）特定認定再生医療等委員会（RMC）により「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」で定める基準を満たしているかを審査されています。

○一般社団法人 日本先進医療臨床研究会（JSCSF）特定認定再生医療等委員会（RMC）の
連絡先

JSCSF 再生医療等委員会事務局

TEL:03-5542-1597

FAX:03-4333-0803

mail: mail@jscsf.net

15. 本治療についての問い合わせ・苦情の受付先

当院では安心して本治療を受けることができるよう、問合せおよび健康被害が疑われるご
相談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、医師ま
たは担当の事務職員が対応いたします。

○相談窓口

問い合わせ先：一般社団法人AMIRI免疫研究所 AMIRI CLINIC

問合せ時間：10:00-18:00

連絡先：06-4256-4202

時間外の緊急連絡先：06-4256-4202

同意書

一般社団法人AMIRI免疫研究所 AMIRI CLINIC

院長 伊藤 實喜 殿

再生医療等名称：頭部皮膚毛髪に加齢性変化（脱毛症など）に対しての自己脂肪組織由来幹細胞を用いた局所注射療法

私は、上記の治療に関して担当医から、以下の内容について十分な説明を受け、質問をする機会も与えられ、その内容に関して理解しました。その上で、この治療を受けることに同意します。

* 説明を受け理解した項目の四角の中に、ご自分でチェック（レ印）をつけてください。

- ☐ 1. はじめに
- ☐ 2. 再生医療等の治療について
- ☐ 3. 脂肪組織採取医療機関・提供医療機関に関する情報について
- ☐ 4. 頭部皮膚毛髪老化と当院の治療について
- ☐ 5. 再生医療等の目的及び内容について
- ☐ 6. 本治療を受けていただくことによる利益・不利益について
- ☐ 7. 他の治療法について
- ☐ 8. 再生医療等を受けることを拒否、同意の撤回について
- ☐ 9. 治療にかかる費用について
- ☐ 10. 特定細胞加工物の管理保存、破棄について
- ☐ 11. 健康被害が発生した場合について
- ☐ 12. 個人情報の保護と成果の公表について
- ☐ 13. その他特記事項について
- ☐ 14. 認定再生医療等委員会について
- ☐ 15. 本治療についての問い合わせ・苦情の受付先

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者住所： _____

連絡先： _____

患者署名： _____

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師署名： _____

同意撤回書

一般社団法人AMIRI免疫研究所 AMIRI CLINIC

院長 伊藤 實喜 殿

私は再生医療等名称「頭部皮膚毛髪に加齢性変化（脱毛症など）に対しての自己脂肪組織由来幹細胞を用いた局所注射療法」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。

撤回年月日 _____ 年 月 日

患者様ご署名 _____