

免疫老化に対する自己脂肪由来幹細胞・幹細胞エクソソーム投与療法				
文書番号	施設	バージョン	発行日	Page
	医) HELENE	第 2.0 版	2020 年 1 月 6 日	下記記載

再生医療等を受ける者に対する説明文書及び同意文書の様式

医療法人社団 HELENE

表参道へレネクリニック 理事長殿

再生医療等名称：免疫老化に対する自己脂肪由来幹細胞・幹細胞エクソソーム投与療法

1. 再生医療等の治療について

2014 年「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「特定認定再生医療等委員会」で審査を経て、厚生労働大臣へ届出されています。

2. 再生医療等を提供する医療機関の名称並びに当該医療機関の管理者、実施責任者及び再生医療等を行う医師又は歯科医師の氏名および、細胞の提供を受ける医療機関等の名称及び細胞の採取を行う医師又は歯科医師の氏名

細胞の提供を受ける医療機関名：医療法人社団 HELENE 表参道へレネクリニック

管理者：外崎登一

実施責任医師：松岡孝明

実施医師：(外崎登一・井口孝介・松岡孝明)

「免疫老化に対する自己脂肪由来幹細胞・幹細胞エクソソーム投与療法」の治療を提供する医療機関

医療法人社団 HELENE 表参道へレネクリニック

管理者：外崎登一

実施責任医師：松岡孝明

実施医師：(外崎登一・井口孝介・松岡孝明)

3. 当該再生医療等の内容および目的

患者様ご本人より採取した皮下脂肪細胞には間葉系細胞が存在し、それを継代培養することで、脂肪由来幹細胞と幹細胞エクソソームを増殖することが可能です。

免疫低下を主訴とする患者に対して、これらを患者様ご本人に静注することで免疫改善を促し症状の改善に繋がります。本治療の対象となる診断基準は別紙をご参照ください。

4. 当該再生医療等に用いる細胞

自家脂肪幹細胞 (10⁹ cells / 20ml saline)

5. 当該再生医療等の実施により予期される利益及び不利益

現在行われている免疫改善対策として、適度な運動、適度なカロリー制限、ビタミン C 療法等がエビデンスのある免疫賦活行動とされている。本再生療法では、幹細胞投与により老化もしくは消耗した免疫を賦活させ、

免疫老化に対する自己脂肪由来幹細胞・幹細胞エクソソーム投与療法				
文書番号	施設	バージョン	発行日	Page
	医) HELENE	第 2.0 版	2020 年 1 月 6 日	下記記載

より本質的な免疫賦活治療であることと考えられます。また、考えられ得る有害事象は約 10%に注射部の発赤・疼痛・軽度熱発がみられ、稀（1%未満）に過敏性（発疹・掻痒感・アレルギー症状など）呼吸苦などの症状が現れる場合があります。採取の際に腹部や耳後部等の皮下組織（脂肪組織 0.5～1g）を皮膚と一体に局所麻酔下にて採取することにより、2、3 日多少の痛みが残る場合と、目立たない程度の傷が残る可能性がございます。また、幹細胞の静脈内投与後に肺塞栓症による死亡事故も報告されています。本治療の投与を受けてこのような症状が出た場合必ず担当医師にご相談ください。培養時の細胞感染については最大限注意を払っており培養日から投与直前まで毎日感染症の検査を実施し安全を確認していますが、全てを防ぎ得るものではございません。

6. 健康被害が発生した場合の補償及び治療

当該再生医療等の提供によって健康被害が生じた場合、医師が適切な診療を行います。その治療や検査等の費用につきましては患者様ご自身にてご負担頂くこととなりますが、想定範囲外の重篤な健康被害が生じた場合には、当院および担当医師の加入する保険より補償給付を受けることができる可能性がございます。しかしながら、健康被害の発生原因が当該再生医療等の提供と無関係であった場合は補償はされません。補償対象外の場合の保険診療および自由診療につきましては患者様ご自身でご負担頂くことをご了承下さい。

7. 他の代替治療法

代替治療として運動療法や食事療法があります。本代替治療における合併症は大きなものではありません。

8. 当該再生医療等の実施拒否・同意撤回について

同意後 30 日間は当該再生医療等の拒否若しくは同意を撤回することが可能です。本再生医療等を受けることを拒否した場合、若しくは同意を撤回した場合には不利益な取り扱いを受けません。但し、細胞培養まで既に終わっている場合には、施術代金の返金は致しかねます。

9. 個人情報の取扱い

患者様の個人情報を適応かつ公正な手段で取得し、これを安全に管理致します。個人情報の紛失、破壊、改ざん及び漏洩などを防止する為、不正アクセス、コンピュータウイルス等に対する適正な情報セキュリティ対策を講じます。個人情報の第三者提供について法的に定める場合を除き、個人情報を事前に本人の同意を得ることなく第三者に提供しません。

10. 試料等の保管及び廃棄に関して

患者様より採取させて頂きました生体試料は弊提供機関の CPC 若しくは提携先にて 5 年間冷凍保管させて頂きます。5 年間経過の後、医療廃棄として廃棄させて頂きます。

また、医学の進歩に向けて将来実施される様々な医学研究及び医学教育などの為に利用させて頂く場合もございます。その場合、研究や教育目的や取扱い方法が具体化し研究計画書が作成された段階で、倫理審査委員会において厳正な審査の後に承認された場合のみに利用させて頂きます。

11. 本治療の実施にかかる費用に関して、書面にて治療費の提示並びに説明を受け同意しました。

免疫老化に対する自己脂肪由来幹細胞・幹細胞エクソソーム投与療法				
文書番号	施設	バージョン	発行日	Page
	医) HELENE	第 2.0 版	2020 年 1 月 6 日	下記記載

グレード (細胞相当数)	投与回数	治療費 (外税) (円)
Grade B- (1 億個相当)	1 回	300,000
Grade B (3 億個相当)	1 回	500,000
Grade B+ (5 億個相当)	1 回	600,000
Grade A- (10 億個相当)	1 回	700,000
Grade A (20 億個相当)	1 回	1,000,000

12. 当該再生医療等提供計画における審査等を行う特定認定再生医療等委員会における審査事項その他当該再生医療等に係る特定再生医療等委員会に関する事項

一般社団法人再生医療協会 特定認定再生医療等委員会
 認定番号：NA8190008
 TEL：03-6433-5287

13. その他必要事項

ご不明点がございましたら、下記窓口までお気軽にご相談ください。

東京都港区南青山 5-9-15 青山 OHMOTO ビル 3F
 医療法人社団 HELENE 表参道へレネクリニック
 TEL：03 (3400) 2277

説明日 説明者署名 説明補助者署名	年 月 日
---------------------------------	-------------------------------------

上記について、担当医師より同意説明文書を受取り説明を受け、その内容を理解しましたので、自由意思により本再生医療等に参加することに同意します。

同意日： 年 月 日

同意者署名： _____

免疫老化に対する自己脂肪由来幹細胞・幹細胞エクソソーム投与療法				
文書番号	施設	バージョン	発行日	Page
	医) HELENE	第 2.0 版	2020 年 1 月 6 日	下記記載

治療提案書

医療法人社団 HELENE 表参道へレネクリニック
 東京都港区南青山 5-9-15 青山 OHMMOTO ビル 3F
 TEL : 03 (3400) 2277

担当医： 外崎登一 医師
 松岡孝明 医師
 井口孝介 医師

治療内容：免疫老化に対する自己脂肪由来幹細胞・幹細胞エクソソーム投与療法

細胞数：1 億～20 億個

目的：免疫老化に対する自己脂肪由来幹細胞・幹細胞エクソソーム投与療法

細胞採取日： 年 月 日

幹細胞投与： 年 月 日

グレード（細胞相当数）	投与回数	治療費（外税）（円）
Grade B-（1 億個相当）	1 回	300,000
Grade B（3 億個相当）	1 回	500,000
Grade B+（5 億個相当）	1 回	600,000
Grade A-（10 億個相当）	1 回	700,000
Grade A（20 億個相当）	1 回	1,000,000

※ 支払方法：現金・銀行振込・クレジットカード

備考：同意書内条項の転記

当該再生医療等の実施拒否・同意撤回について

同意後 30 日間は当該再生医療等の拒否若しくは同意を撤回することが可能です。本再生医療等を受けることを拒否した場合、若しくは同意を撤回した場合には不利益な取り扱いは受けません。但し、細胞培養まで既に終わっている場合には、施術代金の返金は致しかねます。

(2) 患者の選択基準

免疫老化に対する自己脂肪由来幹細胞・幹細胞エクソソーム投与療法				
文書番号	施設	バージョン	発行日	Page
	医) HELENE	第 2.0 版	2020 年 1 月 6 日	下記記載

患者の選択基準

患者の選択基準は以下の(i)～(iii)を満たし、除外基準に当てはまらない患者とした。

- (i) 治療内容の説明を理解し同意した者、
- (ii) 患者年齢は同意書に署名した時点で20歳以上および95歳以下。
- (iii) 以下の状態を有することにより免疫力低下を来していることが予測される患者で、免疫学的バイオマーカーの検査をお受けいただける方。
 - ・精神的ストレス(ストレス指数)
 - ・不眠状態
 - ・冷え性の方
 - ・疲労(過労状態の方)
 - ・喫煙(ヘビースモーカー)
 - ・他

除外基準

- 1) 治療中および治療後に、継続して病院に来院できない場合
- 2) 治療の同意が得られない場合
- 3) 細胞採取ができない場合
- 4) HIV 感染症が確認された場合
- 5) 妊娠中の方
- 6) 本治療および細胞採取時に使用する局所麻酔または消炎鎮痛剤、抗生物質等に重篤なアレルギー歴のある方
- 7) 敗血症、出血傾向または感染症が現れるリスクが高い血液疾患の合併症または疑いのある方
- 8) その他、医師が適さないと判断した場合

