

説明文書および同意書

治療名

自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた糖尿病治療
細胞提供者及び再生医療を受ける方へ
(自家培養細胞移植用)

医療機関：銀座よしえクリニック都立大院

管理者：兵頭 ともか

実施責任者：廣瀬 嘉恵

作成 : 2022/9/1(第2版)

第3版 : 2023/2/15

第4版 : 2023/4/10

第5版 : 2023/8/1

目 次

| | |
|-----------------------------------|----|
| 1. はじめに | 3 |
| 2. 自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた治療について | 4 |
| 3. 治療の方法と治療期間について | 5 |
| 4. 治療が中止される場合について | 7 |
| 5. 予測される利益(効果)と不利益(副作用)について | 8 |
| 6. 同意取り消しの自由(同意の撤回)について | 9 |
| 7. 他の治療について | 9 |
| 8. 健康被害について | 10 |
| 9. 情報の開示と個人情報の取り扱いについて | 10 |
| 10. 試料等の保管及び廃棄の方法について | 11 |
| 11. 患者さんの費用負担について | 11 |
| 12. 担当医師及び相談窓口について | 12 |
| 13. 本治療を審査した認定再生医療等委員会について | 13 |

1. はじめに

この冊子は、再生医療の技術を用いた糖尿病の治療法について解説するものです。

この治療を実施する上で、「組織を提供する方」と「再生医療を受ける方」の同意が必要です。また、糖尿病治療のかかりつけ医にご相談の上、現在行っている治療と再生医療との併用に対する承諾を得てください。

この冊子の内容をよくお読みいただき、治療を受けるかどうかはご自身の自由意思でお決めください。

また、この治療に同意した後でも、いつでも同意を撤回して治療をやめる事ができます（料金は返金規定に則ります）。治療を受けなくても、同意された後で治療を取りやめられた場合でも、その後の治療を受ける上で患者さんが不利な扱いを受ける事はありません。

ご提供いただいた脂肪組織は、この治療と、治療に必要な検査以外の目的で使用されることはありません。培養した細胞は患者さんご本人だけに使用し、他の患者さんへ使用することはありません。

治療の内容と流れをよくご理解いただき、この治療を受けてもよいと思われた場合は、同意書にご署名をお願いいたします。

2. 自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた治療について

脂肪由来間葉系幹細胞(以下 ADSC)とは、脂肪組織に含まれる僅かな幹細胞を分離・培養して増やした（増殖させた）細胞のことを指します。

この ADSC はとても柔軟な能力を持っており、神経や血管ばかりでなく多様な臓器や組織を構築する細胞に分化する能力が確認されています。近年ではこの ADSC が身体の様々な病態を調節し、正常化する機能を持つことが明らかになりつつあります。

本治療は、ADSC を用いて糖尿病の患者さんの血糖の利用効率を上げて、身体のバランスを正常な方向に向けることで、患者さんが今おこなっている糖尿病治療を補助し、（身体の血糖の調節を容易にして）糖尿病の病態を改善することを目的としています。

糖尿病は、健診などで発見されることが多い疾患です。身体の活動のエネルギーとなるブドウ糖（血糖）を、組織や臓器が上手に利用できずにいるため、行き場を失った糖が血液中に溢れ高血糖になり、余剰分が尿中に排泄される症状です。本来必要な血糖を組織や臓器がうまく利用できないため、組織や臓器はいつも空腹な状態・疲弊状態に置かれています。そのため、身体が疲れ易い症状を伴うことがあります。

また、有効活用されずに血中を流れている過剰な血糖は、血管や血行に様々な悪影響を及ぼし、動脈硬化を促進し、心臓や脳に重篤な病態を引き起こすリスクを高めます。

ADSC を用いた治療の試みは、現在の糖尿病治療で用いられている血糖を下げるお薬や、インスリン療法とは全く異なります。

本治療は、投与した ADSC が身体の組織・臓器に対して血糖を上手に利用できるように働きかけて、組織や臓器の空腹状態や疲弊状態を改善することを目的としています。ADSC には直接血糖を下げる働きはありませんので、これまでの治療は継続されてください。

本治療は、患者さんの脂肪組織の一部を採取して、清潔な環境で細胞を増やし、必要なタイミングでその細胞を静脈から点滴投与する治療法です。採取する脂肪組織は 5g 程度で、この脂肪を原料に ADSC を培養します。注入する ADSC はご自身の細胞ですので感染症の危険性はほとんどありません。培養して増やした細胞の一部は、長期間冷凍保管して次の治療に使用することができます。

この治療に関する計画は、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[※]」での審査を経て、厚生労働大臣へ届出(提供計画番号：PB3210061) した治療です。

※審査に関する問合せ先：医療法人社団優恵会特定認定再生医療等委員会
(認定番号：NA 8200002 , 連絡先：03-5719-2306)

3. 治療の方法と治療期間について

《治療方法の概要と治療期間》

まずはじめに組織提供に関わる説明を行います。

この治療を実施するためには、患者さんご自身から脂肪組織を少量採取する必要があります。ADSC を培養するために、患者さんの脂肪組織をお腹などから 5g 程度採取します。採取時には局所麻酔を使用しますが、採取した部位が元の状態に回復するには 1～2 週間程度必要です。

続いて、再生医療を受ける説明を行います。

得られた脂肪組織から幹細胞（ADSC）を取り出し、特殊な培養操作を行い、治療に必要な細胞数まで増殖させます。治療に必要な細胞数の培養が完了するまで約2ヶ月間程度が必要です。

その後、当クリニックでご自身のADSCを点滴用注射液と共に静脈から1時間から1時間30分程度の時間をかけて点滴注射します。このとき、投与するADSCがしっかり生存していること、感染していないこと、幹細胞の機能を維持していること、を事前に確認しています。投与後は、最大1時間程度（平均15～30分）院内で安静にし、その後ご帰宅いただきます。

治療後は、効果の有無や異常等がないことを確認するために6ヶ月間は定期的に通院していただきます（概ね月1回）。

なお、脂肪組織を採取した院でのみ、治療を受けていただくことが可能です。組織採取後は、治療する院を変更することはできませんので、あらかじめご了承ください。

治療に用いなかったADSCは、ご希望により、細胞を培養した施設で安全に冷凍保管され、将来、必要な時に再び治療に用いることができます（別途契約が必要）。

《治療を受けられない場合(除外基準)》

組織提供のとき

- ①組織採取の際に使用する局所麻酔薬、細胞培養の際に使用するウシ・ブタ由来の成分に過敏症のある方は、治療を受けることができません。

- ②現在の糖尿病治療に合わせて、合併症の治療あるいは予防のためにお薬を服用している場合は、そのお薬の種類によっては脂肪組織が採取できない可能性があります。

再生医療を受けるとき

ADSC は点滴によって投与されます。

- ①極めて重症の糖尿病患者さんは、静脈を確保できない可能性があります。
- ②糖尿病に伴う合併症の悪化によっては、本治療よりも合併症の治療が優先されることがあります。

4. 治療が中止される場合について

以下のような場合この治療を中止することがあります。場合によっては、患者さんが治療を続けたいと思われても、治療を中止することがありますので、ご了承ください。

組織提供者

同意を頂いた上で、

- ①本治療を実施するための事前検査の結果、感染症等で脂肪組織からのADSCの培養が困難と判断された場合。
- ②細胞培養中に、培養した細胞が治療に適さないと判断された場合。
- ③標準的な細胞培養をおこなった結果、個人差により治療に必要なADSCが得られなかった、または得られない可能性が高いと判断された場合

再生医療を受ける方

実施医師が

- ①本治療が患者さんの現状の糖尿病治療の妨げとなると判断した場合。

- ②本治療によって副作用が現れ、治療を続けることが好ましくないと判断した場合。
- ③全身状態から鑑みて治療が実施出来ないと判断した場合。
- ④患者さんが治療の指示に従えないと判断した場合。

その他にも担当医師の判断で、理由をしっかりと患者さんにご説明した上で治療を中止することがあります。また、必要に応じて安全性の確認のため検査を行いますので、ご協力をお願いいたします。

5. 予測される利益(効果)と不利益(副作用)について

《予測される利益（効果）》

脂肪組織由来間葉系幹細胞が身体の組織・臓器に働きかけて、血糖を上手に利用できるようにすることで、糖尿病の症状を抑える効果が期待されます。

但し、治療の効果には個人差がありますので、あらかじめご了承ください。

《予測される不利益（副作用）》

皮膚を切開し脂肪組織を採取する必要があります。採取に際には局所麻酔を用いますが、切開した部分は元に戻るまでに1～2週間程度必要となります。清潔に処置をしていますが、稀に組織採取部位が化膿するなどの危険が考えられます。

動物（ウシ・ブタ）由来の原材料を用いて培養を行っておりますので、この原材料に対して、稀に過敏症を引き起こすことがあります。

広く国内で実施されているADSCの点滴投与ですが、過去に投与後に肺塞栓で死亡した症例が国内で一例報告されています。この事故でADSC投与と死亡の因果関係が精査されましたが因果関係は特定されませんでした。

当院ではこのような万が一の場合にも対応できるよう、救急用品を準備するとともに、近隣の救急病院とも連携しています。

治療後6ヶ月間は概ね月に一度程度ご来院いただき、治療効果と上記の有害事象がないことを確認する必要があります。組織採取部位や点滴治療後にいつもと違う症状などが現れたら、相談窓口までご連絡下さい（相談窓口については、【12.担当医師及び相談窓口について】の項を参照）。

症状に応じた最善の処置を行います。

6. 同意取り消しの自由(同意の撤回)にてついで

治療を受けるかどうかはあなたの自由意思でお決めください。また、同意後も、いつでもやめること(同意の撤回)ができます。同意を撤回される場合でも、何ら不利益はありません(料金は返金規定に則ります)。

同意を撤回される場合には、担当医師に、同意撤回の旨をご連絡いただき、同意撤回書へのご署名をお願いいたします。同意撤回後は、あなたから採取した組織、細胞などの試料は個人が特定できないようにして医療廃棄物として適切に廃棄いたします。

7. 他の治療について

糖尿病に対する標準的治療法としては、食事療法、運動療法、薬物療法が挙げられます。

食事療法：日常の食生活を改善し、食事によって身体に取り込まれる糖の量や摂取カロリーのバランスなどを調整する治療法で、最も重要な治療です。

運動療法：日常生活において足りない運動を負荷して得られる筋肉運動によって摂取カロリーを消費するとともに、筋肉量を増やし糖の利用を促進します。食事療法の次に重要な治療です。

薬物療法：上記のような日常生活の改善を行っても血糖の調節が困難な場合に用いられます。糖尿病治療薬には飲み薬と注射薬があります。飲み薬では、インスリンの分泌を良くするもの・効きを良くするもの、糖の分解・吸収

を遅らせるもの、糖の排泄を促すものがあります。注射薬には、インスリンの分泌を促すもの・外から補うものがあります。

さらに詳しい説明は、一般社団法人日本糖尿病学会ホームページ
http://www.jds.or.jp/modules/citizen/index.php?content_id=1
を参考にしてください。

8. 健康被害について

本治療は、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」に基づき製造及び品質管理を行っています。治療に使用するのは、患者さんご自身の脂肪組織から単離、培養した ADSC です。ADSC の培養以外に使用する薬剤についても医薬品を中心とした安全性の高い材料を使用しています。培養作業は、厚生労働省に許可を得た細胞培養加工施設において厳密な管理下で実施されます。細胞培養加工施設で使用する器具類の大部分は一回ごと使い捨ての滅菌製品ですから安全です。

本治療によって万が一健康被害が生じた場合は、通常の診療と同様に適切に治療を行います。その際に発生する治療費に関しましては、当クリニックが契約している再生医療サポート保険から充当されます。

9. 情報の開示と個人情報の取り扱いについて

この治療を受けた際のカルテが、治療中あるいは治療終了後に、厚生労働省はじめ公的機関に調査されることがあります。また、患者さんの人権が守られながらこの治療が行われているかを確認するために細胞加工業者があなたの医療記録を見ることがありますが、守秘義務が課せられています。

患者さんご自身とその代諾者に対し、医療記録を閲覧できる権利を保証します。

治療で得られた成績は、医学雑誌などに公表されることがありますが、患者さんの名前などの個人的情報は一切わからないようにします。

この治療で得られた発見が、その後の特許に繋がる可能性もありますが、この権利は当クリニックに帰属します。本治療に関わる個人情報は、クリニック管理者によって法に基づいて厳正かつ厳重に管理します。

10. 試料等の保管及び廃棄の方法について

あなたから採取した脂肪組織などの試料は、治療後は担当する医師の指示のもと、個人が特定できないようにして医療用廃棄物として適切に廃棄します。

11. 患者さんの費用負担について

本治療は保険適用されないため、全額自費診療となります。

費用は患者さんの症状、施術回数などにより異なります。施術する前に詳細な施術料金を提示いたしますので、ご納得いただいた上、施術いただきますようお願い申し上げます。一般的な治療費用を下記に示します。

なお、外国人患者様におかれましては費用負担が下記とは異なるため、別紙にて詳細をご説明させていただきます。

【診察料+血液検査】(税込)

診察料 : 3,300 円 (診察のみの場合)

血液検査 : 14,300 円 (注 : 3,300 円の初診料も込みの金額です)

【施術料】(税込)

初回 : 2,200,000 円

[内訳]

脂肪組織採取+細胞抽出・初回培養 : 550,000 円

治療用細胞培養 : 1,430,000 円

点滴技術料 : 220,000 円

2回目以降 : 1,650,000 円

【再診・患部処置】(税込)

再診料：2,200 円/回

処置料：5,500 円/回 (注意：2,200 円の再診料も込みの金額です)

【細胞保管料(税込)】

年間保管料：110,000 円 (1 年毎更新)

《 キャンセル料の設定 》

【診察料+血液検査料】

いかなる理由でも返金不可となります。

【施術料】

組織採取前・・・全額返金いたします。

組織採取後 (移植予定日の3週間以上前)

- ・ [組織採取+細胞抽出料]は返金不可となります。
- ・ [治療用細胞培養+点滴技術料]は全額返金いたします。

組織採取後 (移植予定日の3週間前以内)

- ・ [治療用細胞培養+点滴技術料]に含まれている、
“点滴技術料 (220,000 円)”のみ、返金いたします。

【細胞保管料】

組織採取後、3週間以内であれば、全額返金いたします。

クリニックの診療時間外の場合にはお受けすることが出来ません。特にキャンセル期限日が、連休、年末年始、夏季休暇などとなる場合は、十分余裕を持ってお申し付けください。

12. 担当医師及び相談窓口について

《 担当医師 》

以下の担当医師が、あなたを担当致しますので、いつでもご相談ください。

この治療について知りたいことや、ご心配なことがありましたら、遠慮なく担当医師にご相談下さい。

- ◎ 担当医師 : 廣瀬嘉恵、青木晃、巢瀬忠之、吉田浩子、松井千裕、
神川真由子、富岡紗友里、川田萌香、兵頭ともか、
氷見和巳、沢岷夏海、川畑晶、佐藤麻以、酒井友歌

《 相談窓口 》

本治療へのご意見、ご質問、苦情などはご遠慮なく以下の窓口にご相談ください。

- ◎ 銀座よしえクリニック総合案内 フリーダイヤル : 0120-398-885

13. 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（医療法人社団優恵会特定認定再生医療等委員会）です。

〒141-0031 東京都品川区西五反田 4-31-17 MYビル 4F

医療法人社団優恵会特定認定再生医療等委員会 事務局

TEL 03-5719-2306

同意書

医療法人社団優惠会

銀座よしえクリニック都立大院 院長 殿

治療名：自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた糖尿病治療

組織提供者及び細胞提供者及び再生医療を受ける方へ（自家培養細胞移植用）

<説明事項>

- ・ この治療を受けるかどうかは自由意思で決めていただくこと
- ・ 治療決定後と治療途中であっても、いつでも撤回でき、そのために不利益は受けないこと
- ・ あなたから採取した生体材料(脂肪組織)を無償提供していただくこと
- ・ あなたから採取した生体材料(脂肪組織)はこの治療に必要な検査や治療のための加工作業以外の目的で使用されないこと
- ・ 培養した細胞は、ご本人の治療以外には使用されないこと
- ・ この治療の目的について
- ・ この治療の方法と治療期間について
- ・ 治療が中止される場合について
- ・ 予測される利益(効果)と不利益(副作用)について
- ・ 同意取り消しの自由（同意の撤回）について
- ・ 他の治療について
- ・ 健康被害について
- ・ この治療の結果が公表される場合における個人情報の保護について
- ・ あなたの費用負担について 費用負担額 円 _____ , _____ (税抜)
- ・ 担当医師、相談窓口、審査を担当した委員会について

【患者様の署名欄】

私はこの治療を受けるにあたり、上記の事項について同意説明文書を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、組織提供ならびに本治療を受けることに同意します。

同意日： 年 月 日

患者氏名： _____ (自署)

代諾者氏名： _____ (自署))

(続柄： _____)

【説明医師の署名欄】

私は、上記患者さんに、この治療について十分に説明いたしました。

説明日： 年 月 日

所属： 銀座よしえクリニック都立大院

氏名： _____ (自署)

同意撤回書

医療法人社団優恵会

銀座よしえクリニック都立大院 院長 殿

治療名：自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた糖尿病治療

組織提供者及び細胞提供者及び再生医療を受ける方へ（自家培養細胞移植用）

私は、この治療について説明者から文書により説明を受け、治療することに同意いたしましたが、これを撤回します。

【患者様の署名欄】

同意撤回日： 年 月 日

患者氏名： _____（自署）

代諾者氏名： _____（自署）

（続柄： _____）

【確認者の署名欄】

私は、上記患者様への再生医療等の提供について、同意撤回の意思を確認いたしました。

確認日： 年 月 日

氏名： _____（自署）

本件に関する問い合わせ先

銀座よしえクリニック総合案内 フリーダイヤル： 0120-398-885