

加齢に伴う老人性皮膚変化の治療を対象とした自己脂肪由来間葉系幹細胞の皮下投与				
文書番号	タイトル	バージョン	発行日	All Page
	PANAKEIA クリニック	2.0.0	2024年6月19日	省略

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

PANAKEIA クリニック 院長 殿

再生医療等名称：加齢に伴う老人性皮膚変化の治療を対象とした自己脂肪由来間葉系幹細胞の皮下投与

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の氏名

細胞の提供を受ける医療機関名：

医療機関名	所在地	管理者	実施責任 医師	実施医師
PANAKEIA クリニック	東京	糸原孝明	糸原孝明	糸原孝明・磐田振一郎・ 松岡孝明・小林奈々・ 若林雄一・波羅友里恵・ 上田宣仁

「加齢に伴う老人性皮膚変化の治療を対象とした自己脂肪由来間葉系幹細胞の皮下投与」の治療を提供する医療機関名：

医療機関名	所在地	管理者	実施責任 医師	実施医師
PANAKEIA クリニック	東京	糸原孝明	糸原孝明	糸原孝明・磐田振一郎・ 松岡孝明・小林奈々・ 若林雄一・波羅友里恵・ 上田宣仁

3. 当該再生医療等の内容および目的

患者様本人より採取した皮下脂肪組織には間葉系細胞が存在し、それを継代培養することで、豊富な成長因子、保湿因子を分泌する細胞及びその幹細胞を増殖することが可能です。これらを皮下投与することで皮膚組織の再生をはかることを目的としています。

4. 当該再生医療等に用いる細胞

自己脂肪由来間葉系幹細胞

加齢に伴う老人性皮膚変化の治療を対象とした自己脂肪由来間葉系幹細胞の皮下投与

文書番号	タイトル	バージョン	発行日	All Page
	PANAKEIA クリニック	2.0.0	2024年6月19日	省略

5. 当該再生医療等の実施により予期される効果及び危険

現在行われている様々な注入療法（ヒアルロン酸注入等）は有効期間が限定的であるのに対して、本再生医療等ではそれら有効物質を生産する細胞そのものを定着させる為、それら有効成分を長期間分泌させることが期待できます。また、考えられうる有害事象は、約10%に注射部の発赤・疼痛・軽度熱発がみられ、稀（1%未満）に過敏症（発疹、掻痒感、アレルギー症状など）の症状が現れる場合がございます。本治療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きましては最大限注意を払っており、培養から投与直前まで感染症の検査を実施し、安全を確認しています。但し全てを防ぎうるものではございません。

6. 当該再生医療等の実施拒否・同意撤回について

どの段階でも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。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。

7. 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。但し施術代金返金などにつきましては、前項をお読みください。

8. 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。

9. 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へ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。

10. 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。

料金表は別紙 Price List をご参照ください。

11. 当該再生医療等提供計画における審査等を行った特定認定再生医療等委員会

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）

住所：東京都新宿区馬場下町6-2 芝田ビル7階

一般社団法人再生医療協会 特定認定再生医療等委員会 事務局 TEL：03(6433)5287

12. 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。

加齢に伴う老人性皮膚変化の治療を対象とした自己脂肪由来間葉系幹細胞の皮下投与

文書番号	タイトル	バージョン	発行日	All Page
	PANAKEIA クリニック	2.0.0	2024年6月19日	省略

東京都渋谷区神宮前 5-50-5 青山 NS ビル 8F
PANAKEIA クリニック TEL : 03 (5962) 7048

説明日	年	月	日
説明者署名			
説明補助者署名			

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： _____

加齢に伴う老人性皮膚変化の治療を対象とした自己脂肪由来間葉系幹細胞の皮下投与				
文書番号	タイトル	バージョン	発行日	All Page
	PANAKEIA クリニック	2.0.0	2024年6月19日	省略

治療提案書

PANAKEIA クリニック
東京都渋谷区神宮前 5-50-5 青山 NS ビル 8F
TEL : 03 (5962) 7048

- 担当医： 糸原孝明 医師
 磐田振一郎 医師
 松岡孝明 医師
 小林奈々 医師
 若林雄一 医師
 波羅友里恵 医師
 上田宣仁 医師

治療内容：加齢に伴う老人性皮膚変化の治療を対象とした自己脂肪由来間葉系幹細胞の皮下投与
目的：皮膚組織の再生をはかる。

細胞採取日： 年 月 日

幹細胞投与： 年 月 日

料金表は別紙 Price List をご参照ください。

※ 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

1. 当該再生医療等の実施拒否・同意撤回について

どの段階でも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。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. 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ありません。但し施術代金返金などにつきましては、前項をお読みください。