

再生医療等を受けられる患者様への同意説明書

再生医療等名称：自己脂肪由来幹細胞を用いた慢性疼痛の治療

この同意説明書は、患者様に再生医療等の治療の内容を正しく理解していただき、患者様の自由な意思に基づいて、再生医療等を受けるかどうかを判断していただくためのものです。

この同意説明書をよくお読みいただき、ご不明な点があれば、どんなことでも気軽にご質問ください。

担当医師からの説明をお聞きいただいた後、十分に考えてから再生医療等を受けるかどうかをお決めください。

1. 再生医療等の名称、厚生労働省への届出について

本治療法は「自己脂肪由来幹細胞を用いた慢性疼痛の治療」という名称で、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」に基づき、厚生労働大臣に「再生医療等提供計画」を提出しています。

2. 医療機関等に関する情報について

医療機関名：医療法人京華会 CLINICA BellaForma

医療機関の管理者：院長 佐藤 英明

再生医療等の実施責任者：佐藤 英明

再生医療を実施する医師：佐藤 英明、山口 修司、賀来 晨宏、辻阪 安声、青木 宏信、
福井 隆史、天野 方一、関根(上塘) 彩子、王 云驄

3. 再生医療等の目的及び内容について

本治療は、疼痛の改善を目的として、患者様自身の脂肪組織から抽出した細胞（脂肪由来幹細胞）を必要な数になるまで培養し増殖させ、静脈注射（点滴）により投与する治療法です。

自己脂肪由来幹細胞が、痛みの原因となる炎症を抑える抗炎症因子を分泌する機能を持つことを利用し、傷ついた組織を修復し再生させて、疼痛の改善が期待できます。

4. 再生医療を受ける者として選定された理由について

本治療法では、再生医療を受ける患者様が、下記の基準を満たしていると医師が判断いたします。

<選択基準>

- ・年齢：20 歳から 80 歳
- ・神経障害性疼痛及び侵害受容性疼痛と診断される患者、もしくは疾患が強く疑われる患者
- ・再生医療等を行う医師の診断により、本治療の実施が適当であると判断された者
- ・※81 歳以上の場合は、実施責任医師が「再生医療等を受ける者の利益として、当該再生医療等の有効性が安全性におけるリスクを上回ることが十分予測される」と判断した場合は治療を行う。

<除外基準>

以下に該当する者は本治療の対象外とする。

- ・脂肪採取時に使用する麻酔薬または特定細胞加工物の製造工程で使用する物質に対する過敏症、アレルギー症状を起こした経験がある者
- ・感染症（HBs 抗原、HCV 抗原・抗体、HIV 抗原・抗体、HTLV-1 抗原・抗体、梅毒、パルボウイルス B19（ただし、医師が必要と認める場合に限る））が陽性の者

その他、治療を受ける者の健康状態、身体的条件を考慮し、本治療を提供する医師が治療の可否を判断する。

5. 再生医療等に用いる細胞について

本再生医療等には、患者様より採取した脂肪組織から分離された脂肪由来幹細胞を使用します。幹細胞の採取は、主に腹部から行います。局所麻酔下で必要量の脂肪組織を採取します。採取された脂肪組織は、細胞加工施設に送られ、幹細胞を脂肪組織から選択的に取り出し、無菌環境下の細胞培養装置に移され、幹細胞専用の培養液を用いて培養されます。本培養液は海外で製造されたものであり、日本の血液成分に関する基準に基づく確認を行っていませんが、感染症等に関する安全性確認を行った上で使用し、製造工程において適切に管理されています。本治療で使用する細胞は、製造後に安全性と品質を確認するため、無菌試験（細菌やカビ等の混入がないことを確認する検査）などの最終品質検査を実施します。しかし、無菌試験の結果が確定するまでには通常、数日～数週間を要することがあり、治療を適切な時期に実施するためには、検査結果が間に合わない場合があります。そのため、本治療では、最終的な無菌試験の結果が判明する前に、「製造工程中の管理状況」「製造途中で実施した迅速な微生物検査（簡易判定）」「その他の品質管理データ」を総合的に評価し、投与の可否を判断いたします。万が一、投与後に実施した最終無菌試験などで問題が確認された場合には、医療チームがただちに状況を評価し、必要な対策（経過観察、追加検査、必要に応じた治療など）を講じるとともに、患者様へ速やかに説明いたします。

6. 再生医療等の治療による利益（効果など）、不利益（危険など）について

本治療を受けた頂くことにより以下の利益・不利益が想定されます。

<利益（効果など）>

本治療は、脂肪由来幹細胞が体内の傷ついた場所に集まり、炎症を抑え傷ついた組織を修復します。効果は、痛みの原因となる慢性炎症を抑え、末梢神経などの傷害部位を修復し、疼痛などの症状を改善させることが期待されます。

<不利益（危険など）>

幹細胞投与については、拒絶反応の心配はありませんが、まれに投与後に嘔吐、頭痛、注射部位の痛みなどの副作用が出たりすることがあります。これは一過性の症状となりいずれも軽微で自然に治癒しています。また、特別な処置が必要となる、あるいは後遺症が残るといったような重篤な副作用、健康被害は報告されていません。因果関係は分かりませんが、過去に投与後に死亡した例が1例あります。治療効果には個人差があり、効果が見込めない場合もあります。

7. 再生医療等の治療の拒否について

患者様は、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感じた場合は、本治療を受けることを拒否することができます。

8. 同意の撤回について

患者様は、本治療を受けることについて同意した場合でも、治療を受ける前であればいつでも同意の撤回が可能です。

9. 再生医療等の治療を拒否、同意の撤回をした場合の扱いについて

患者様は、説明を受けた上で本治療を受けることを拒否、または本治療を受けることを同意した後に同意を撤回した場合であっても、今後の診療・治療等において不利益な扱いを受けることはありません。

10. 個人情報の保護について

本治療を行う際に患者様から取得した個人情報は、当院が定める個人情報取扱実施規程に従い適切に管理、保護されます。

11. 細胞などの保管及び廃棄の方法について

本治療が原因となる可能性がある疾患等が発生した場合の原因究明のため、患者様から採取した脂肪組織を加工した細胞加工物の一部は、投与後6か月間、 -80°C 以下で保存します。

保存期間終了後には、医療廃棄物として処理業者に委託することにより廃棄します。

12. 苦情及びお問い合わせの体制について

当院では、以下のとおり本治療法に関する苦情及びお問い合わせの窓口を設置しております。窓口での受付後、治療を行う医師、管理者（院長）へ報告し対応させていただきます。

再生医療事務局

電話番号：0120-140-220

13. 費用について

本治療は保険適用外であるため、治療にかかる費用全額をお支払いいただきます。

その他、本治療を受けるために必要となった旅費、交通費などの全ての費用も同様です。

本治療にかかる費用は、1回¥3,300,000円（税込）となっております。

同意を撤回された場合など、同意を撤回される時点までに発生した費用（診察料、検査費、脂肪採取費、輸送費、加工費等）については、ご負担いただきますのでご了承ください。

14. 他の治療法の有無、本治療法との比較について

他の治療法としては、薬物療法（飲み薬、湿布、トリガーポイント注射、鎮痛薬点滴など）、インターベンショナル治療（神経ブロック、高周波熱凝固法、パルス高周波法など）、心理学的アプローチ、リハビリテーション（運動療法、物理療法など）などがあります。これらの治療では継続的な治療が必須で、治療薬によっては繰り返しの治療による副作用が発現することがあります。

本治療は、ご自身から採取した脂肪由来幹細胞を用いるため、従来の治療よりも副作用が出にくく、神経や障害を受けている組織に直接または間接的に働きかけるため、根本的な治療と期待されています。

15. 健康被害に対する補償について

当院では、再生医療等安全性確保法に基づき、治療に伴う健康被害に備えた補償制度を整備しております。

具体的には、必要に応じて医療機関加入の保険により、治療に関連した健康被害（合併症、感染症、手技ミスなど）に対して補償を行います。

美容目的やエビデンスが限定される治療は、補償対象外となる場合があります。その場合でも、当院は必要な医療的処置を行います。

万が一、本治療に関連して健康被害が発生した場合には、直ちに当院までご連絡ください。

当院は、発生した健康被害の状況を確認し、適切な医療処置および補償制度の範囲内での対応を行います。

16. 再生医療等の審査を行う認定再生医療等委員会の情報、審査事項について

「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」により、再生医療等提供計画は厚生労働大臣への提出前に「認定再生医療等委員会」による審査を受ける必要があります。

当院では、本治療に関する再生医療等提供計画について、以下のとおり審査を受けています。

審査を行った認定再生医療等委員会：トラストワース特定認定再生医療等委員会

再生医療等委員会の所在地：東京都台東区浅草四丁目9番5号

担当部署連絡先：e-mail info@trustworthy-saisei.com

責任者の役職：委員会事務局 事務局長

審査事項：再生医療等提供計画及び添付資料一式を提出し、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」により定められた「再生医療等提供基準」に照らして審査を受けています。

17. その他の特記事項について

本治療の安全性及び有効性の確保、患者様の健康状態の把握のため、本治療を受けた日から6か月後まで30日に1回定期的に通院いただき、疾病等の発生の有無、その他の健康状態について経過観察を行います。

定期的な通院が困難である場合は、電話連絡などにより経過観察をさせていただきますのでお申し付けください。

- ・本治療の実施にあたって、ヒトゲノム・遺伝子解析は行いません。
- ・本治療の実施にあたって、採取した細胞、製造した細胞加工物を今後研究に用いることはありません。

同意書

医療法人京華会 CLINICA BellaForma

院長 佐藤 英明 殿

私は再生医療等（名称「自己脂肪由来幹細胞を用いた慢性疼痛の治療」）の治療を受けることについて以下の説明を受けました。

- 再生医療等の名称、厚生労働省への届出について
- 医療機関等に関する情報について
- 再生医療等の目的及び内容について
- 再生医療を受ける者として選定された理由について
- 再生医療等に用いる細胞について
- 再生医療等の治療による利益（効果など）、不利益（危険など）について
- 再生医療等の治療の拒否について
- 同意の撤回について
- 再生医療等の治療を拒否、同意の撤回をした場合の扱いについて
- 個人情報の保護について
- 細胞などの保管及び廃棄の方法について
- 苦情及びお問い合わせの体制について
- 費用について
- 他の治療法の有無、本治療法との比較について
- 健康被害に対する補償について
- 再生医療等の審査を行う認定再生医療等委員会の情報、審査事項について
- その他の特記事項について

上記の再生医療等の治療について説明をしました。

説明日 年 月 日

担当医師

上記に関する説明を十分理解した上で、再生医療等の治療を受けることに同意します。
なお、この同意は治療を受けるまでの間であれば、いつでも撤回できることを確認しています。

同意日 年 月 日

ご署名

代諾者ご署名 (続柄)

同意撤回書

医療法人京華会 CLINICA BellaForma

院長 佐藤 英明 殿

私は再生医療等（名称「自己脂肪由来幹細胞を用いた慢性疼痛の治療」）の治療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。

なお、同意を撤回するまでに発生した費用（検査費等）については私が負担することに異存はありません。

撤回日 年 月 日

ご署名

代諾者ご署名 (続柄)