

2 型糖尿病に対する自己脂肪由来間葉系幹細胞（MSC エクソソーム含有）の静脈内投与				
文書番号	施設	バージョン	発行日	Page
	医）HELENE	8.0.0	2026 年 6 月 1 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

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：

2 型糖尿病に対する自己脂肪由来間葉系幹細胞（MSC エクソソーム含有）の静脈内投与

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又は歯科医師の氏名及び、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：小林奈々

実施責任医師：小林奈々

実施医師：磐田振一郎・松岡孝明・糸原孝明・波羅友里恵・上田宣仁・寺川雄三・東康晴

「2 型糖尿病に対する自己脂肪由来間葉系幹細胞（MSC エクソソーム含有）の静脈内投与」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：小林奈々

実施責任者：小林奈々

実施医師：磐田振一郎・松岡孝明・糸原孝明・波羅友里恵・上田宣仁・寺川雄三・東康晴

3. 当該再生医療等の内容及び目的

患者様ご本人の皮下脂肪より採取した脂肪細胞には間葉系幹細胞が存在し、それを継代培養することで幹細胞を増殖することが可能です。培養増殖した幹細胞を経静脈的に投与し、糖尿病改善を期待する治療法です。

4. 当該再生医療等に用いる細胞

自家皮膚・脂肪幹細胞

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対処療法（内服、食事運動療法など）は継続性が必要であるのに対して、本再生医療法では根本的に解決させるため、それら有効作用を長期間分泌させることが期待されます。また考えられ得

2 型糖尿病に対する自己脂肪由来間葉系幹細胞（MSC エクソソーム含有）の静脈内投与				
文書番号	施設	バージョン	発行日	Page
	医）HELENE	8.0.0	2026 年 6 月 1 日	省略

る有害事象は、約 10%に注射部の発赤・疼痛・軽度発熱がみられ、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ございます。採取の際に腹部や耳後部等の真皮皮下組織（脂肪細胞 0.5～1g）を皮膚と一体に局所麻酔下にてトレパンで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下さい。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。

また、細胞培養の過程において、細胞の安定性を保つために、生物由来製剤であるアルブミン製剤を使用する場合があります。アルブミン製剤は安全性に配慮して製造・管理されていますが、生物由来製剤の性質上、未知のウイルス感染や遅発性の反応等の可能性を完全に排除することはできません。

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になりますが、想定範囲外の重篤な健康被害が生じた場合には、当院及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及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

本治療の代替治療は、内服、運動療法、食事療法などがあります。

8. 当該再生医療等の実施拒否・同意撤回について

投与直前まで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ありません。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。また、患者様の個人情報は、症例に基づく研究（ただし、この場合、お名前など個人を特定する内容はわからないようにします）の目的に利用させていただく場合がありますので、ご理解とご協力をお願い致します。

10. 特許権、著作権及び経済的利益について

将来的に、本治療を通じて得た情報を基にして研究を行った場合、その成果に対して特許権や著作権などの知的財産権が生じる可能性があります。それらの権利は 再生医療等提供機関に帰属し、本治療や関連した新しい治療法をさらに発展させていくために、当院ならびに大学などの研究機関や研究開発企業が積極的に活用して行くことを想定しています。経済的利益が生じる可能性があります。患者様は利益を受ける権利があり

2 型糖尿病に対する自己脂肪由来間葉系幹細胞（MSC エクソソーム含有）の静脈内投与				
文書番号	施設	バージョン	発行日	Page
	医）HELENE	8.0.0	2026 年 6 月 1 日	省略

ません。患者様のご理解とご協力をお願い致します。

11. 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。

12. 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。

グレード（細胞相当数）	投与回数	治療費（税込）（円）
Grade B-（1 億個相当）	1 回	1,452,000
Grade B（4 億個相当）	1 回	2,178,000
Grade B+（7 億個相当）	1 回	3,630,000
Grade A-（10 億個相当）	1 回	4,840,000
Grade A（22.5 億個相当）	1 回	6,050,000

13. 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

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

認定番号：NA8190008

TEL：03（6433）5287

14. 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	年	月	日
説明者署名			
説明補助者署名			

2 型糖尿病に対する自己脂肪由来間葉系幹細胞（MSC エクソソーム含有）の静脈内投与				
文書番号	施設	バージョン	発行日	Page
	医）HELENE	8.0.0	2026 年 6 月 1 日	省略

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： _____

2 型糖尿病に対する自己脂肪由来間葉系幹細胞（MSC エクソソーム含有）の静脈内投与				
文書番号	施設	バージョン	発行日	Page
	医）HELENE	8.0.0	2026 年 6 月 1 日	省略

（糖尿病治療に関する補足説明及び追加同意）

補足説明書

本治療は、「2 型糖尿病に対する自己脂肪由来間葉系幹細胞（MSC エクソソーム含有）の静脈内投与」に関する再生医療等提供計画（PB3220010）に基づき実施されますが、当院では、本治療を提供するにあたり、治療適応の目安、治療効果の評価方法、再治療の考え方、検査提出義務および生活習慣に関する事項等について、別途「補足説明書」にて説明を行っています。

1. 対象となる方（治療適応の目安）

本治療は、以下のいずれかに該当する方を対象とします。

- ・直近 3 か月以内の血液検査結果において、HbA1c が 6.5%以上である方
- ・上記数値に関わらず、当院医師が医学的見地から治療適応があると判断した方

※最終的な治療適応の可否は、当院医師の判断により決定されます。

2. 治療の概要

- ・本治療は、幹細胞を経静脈または筋肉静脈内に投与し、糖代謝機能の改善を目的とするものです。
- ・投与回数、投与間隔、投与量等は、患者様の状態に基づき、当院医師が総合的に判断し決定します。
- ・本治療は自由診療であり、健康保険の適用はありません。

3. 治療後の評価および再治療の考え方

- ・治療後、半年後を目安に血液検査（HbA1c 等）を行い、治療効果を評価します。
- ・評価時点で HbA1c が 6.5%以下に改善していない場合、医師の判断により再度治療を行う場合があります。
- ・再治療は最大 2 年間まで提供可能であり、効果が認められるまで複数回の治療を行うことができます。
尚、治療間隔については安全面を考慮し 6 か月間は空けていただきます。
- ・一方、効果が得られたと判定された場合（HbA1c が 6.5%以下等）、治療はその時点で完了とみなされます。

4. 検査および提出義務

- ・初回治療前に、以下の書類の提出が必要です。
 - (1) 3 か月以内の血液検査結果（HbA1c 含む）
 - (2) 6 か月以内の健康診断書
 - (3) 当院指定の事前問診票
- ・医師の判断により、追加検査をお願いする場合があります。
- ・初回投与日から起算し、2 年間にわたり、半年に 1 回の血液検査結果（HbA1c 等）の提出が必要です。
- ・所定の検査結果が提出されない場合、本治療に基づく再治療の提供は無効となることがあります。

5. 生活習慣と治療効果について

- ・本治療の効果は、食事、運動、睡眠、ストレス管理等の生活習慣と密接に関係します。
- ・生活習慣の改善が行われない場合、効果が得られない、又は一時的な改善にとどまり再悪化する可能性があります。

2 型糖尿病に対する自己脂肪由来間葉系幹細胞（MSC エクソソーム含有）の静脈内投与				
文書番号	施設	バージョン	発行日	Page
	医）HELENE	8.0.0	2026 年 6 月 1 日	省略

ります。

・医師の指示に従わなかった場合や、生活習慣の不良が主因と考えられる再悪化については、再治療の対象外となります。

補足説明書について十分な説明を受け、その内容を理解した上で、本治療を受けることに同意します。

同意日： 年 月 日

同意者署名： _____

説明者署名： _____

2 型糖尿病に対する自己脂肪由来間葉系幹細胞（MSC エクソソーム含有）の静脈内投与				
文書番号	施設	バージョン	発行日	Page
	医）HELENE	8.0.0	2026 年 6 月 1 日	省略

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： ☐ 小林奈々 医師
☐ 松岡孝明 医師
☐ 磐田振一郎 医師
☐ 糸原孝明 医師
☐ 波羅友里恵 医師
☐ 上田宣仁 医師
☐ 寺川雄三 医師
☐ 東康晴 医師

治療内容：2 型糖尿病に対する自己脂肪由来間葉系幹細胞（MSC エクソソーム含有）の静脈内投与

細胞数：1 億～22.5 億個

目的：2 型糖尿病の改善

細胞採取日： 年 月 日

幹細胞投与： 年 月 日

治療代金：

グレード（細胞相当数）	投与回数	治療費（税込）（円）
Grade B-（1 億個相当）	1 回	1,452,000
Grade B（4 億個相当）	1 回	2,178,000
Grade B+（7 億個相当）	1 回	3,630,000
Grade A-（10 億個相当）	1 回	4,840,000
Grade A（22.5 億個相当）	1 回	6,050,000

備考：同意書内条項の転帰

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

2 型糖尿病に対する自己脂肪由来間葉系幹細胞（MSC エクソソーム含有）の静脈内投与				
文書番号	施設	バージョン	発行日	Page
	医）HELENE	8.0.0	2026 年 6 月 1 日	省略

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。

患者様の選択基準

- 1) 下記AまたはBの選択基準より 2 型糖尿病及びその素因を有すると判断され、除外基準に抵触しない方。
 - A: 二親等内の血縁者に 2 型糖尿病を有する家族歴がある方。
 - B: 一般採血や遺伝子検査で 2 型糖尿病の素因が高いと判断された方。
 - ・ 早朝空腹時血糖値 126mg/dL 以上
 - ・ 75gOGTT 2 時間値 200mg/dL 以上
 - ・ 随時血糖値 200mg/dL 以上
 - ・ HbA1c（JDS 値）6.1% 以上（HbA1c（国際基準値 NGSP）6.5% 以上）
- 2) 18 歳以上の方
- 3) ボディマス指数（BMI）は 23（kg/m²）以上または 45（kg/m²）以下
- 4) 脂肪採取に十分耐えられる体力及び健康状態を維持されている方
- 5) 正常な同意能力を有する方、または代諾者から同意を得られる方
- 6) 本治療に関する同意説明文書を患者に渡し、十分な説明を行い、患者本人の自由意思による同意を文書で得られた方（患者ご本人の同意能力がない場合には代諾者が文書にて同意いただける方）
- 7) 問診、検査等により担当医師が適格性を認めた方

除外基準

- 1) 過去 6 ヶ月以内に重症ケトーシス、糖尿病性昏睡又は前昏睡のある場合
- 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) 重症感染症、手術前後、重症な外傷のある患者
- 5) 妊娠中の方
- 6) 本治療及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
- 9) 1 型糖尿病の方
- 10) 重度の心不全、腎不全（クレアチニンクリアランス 30ml/min 未満）透析療法施行中の患者（腎症 5 期）の方
- 11) 最近 5 年間で悪性腫瘍と診断された方

